3.

RECHERCHES

SUR LA

TYPHLITE

ET LA

PÉRITYPHLITE CONSECUTIVE

RECHERCHES

SUR LA

TYPHLITE

ET LA

PÉRITYPHLITE CONSÉCUTIVE

PAR LE DOCTEUR

ANTOINE BLATIN

Ancien élève des hôpitaux de Paris.

PARIS

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17.

—

1868

RECHERCHES
SUR LA TYPHLITE
ET LA
PÉRITYPHLITE CONSÉCUTIVE

PRÉLIMINAIRES

Typhlite ou *typhlo-entérite* (de τυφλὸς, aveugle, et de ἔντερον, intestin) est le nom sous lequel on désigne l'inflammation du cœcum et de son appendice. Si ce n'est qu'on a voulu désigner en grec, nous ne savons pourquoi, la lésion d'un organe baptisé en latin, *typhlite* et *cœcum* ont une même signification originaire et proviennent de la forme particulière de la première partie du gros intestin.

Beaucoup d'auteurs ont refusé de voir, dans cette inflammation, une affection ayant ses caractères propres et méritant, par cela même, une étude et une description spéciales. Il leur semble inutile de fragmenter ainsi les phlegmasies d'un organe qui paraît devoir être, dans sa totalité, exposé aux mêmes souffrances comme il est destiné aux mêmes fonctions.

Ce refus est basé sur une double erreur, car c'est précisément une différence fonctionnelle qui fait un organe distinct de chaque partie du gros intestin. Le cœcum, en particulier, est, comme l'estomac, une sorte de renflement du tube digestif placé sur le parcours des substances alimentaires, et, comme lui, destiné à jouer, dans les phénomènes complexes de la digestion, un rôle plus ou moins important, mais, en tout cas, qui lui est spécialement réservé. Est-il étonnant alors que le cœcum soit exposé à des souffrances dont les symptômes correspondent aux troubles fonctionnels et caractérisent ainsi la maladie?

Mais ce qui longtemps a laissé la typhlite ignorée, c'est la confusion qu'on en faisait, alors que l'on méconnaissait encore son mécanisme et son développement, avec les phlegmons de la fosse iliaque droite. « Nous croyons qu'il faut rapporter aux phlegmons iliaques, a dit M. le professeur Grisolle (1), la plupart des faits qu'on a décrits en Allemagne sous le nom de typhlite. » Pourtant M. Grisolle admet l'inflammation de l'appendice vermiforme.

Albers (2) a voulu reconnaître la typhlite, et il admet qu'il peut exister une phlegmasie du cœcum indépendante de toute autre affection. Mais il a con-

(1) Grisolle, *Arch. gén. de méd.*

(2) Albers, *Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie und pathologischen anatomie*, 1838.

fondu la typhlite et la périty phlite et les a décrites, dans son mémoire, sous une dénomination commune. Ainsi il en fait quatre espèces :

1° Inflammation aiguë du cœcum. (C'est la typhlite simple.)

2° Inflammation du tissu cellulaire qui avoisine le cœcum. (C'est la périty phlite proprement dite.)

3° Inflammation du cœcum par suite d'accumulation de matières fécales. (C'est la typhlite stercorale.)

4° Inflammation chronique du cœcum.

Il est d'abord de toute évidence que la périty phlite doit être décrite à part, car elle présente des caractères qui la séparent complétement des inflammations du cœcum. Mais ensuite cette division de la typhlite en aiguë, chronique et stercorale est fausse et inutile. Quelle qu'en soit la cause, matières fécales, corps étrangers ou autres agents, c'est-à-dire qu'elle soit stercorale ou qu'elle ne le soit pas, la typhlite n'en commence pas moins toujours par l'état aigu et peut, comme toutes les inflammations, passer à l'état chronique. Typhlite aiguë et typhlite chronique ne sont que les phases différentes d'une même lésion. Quant à la typhlite qui débuterait par l'état chronique, nous n'en connaissons aucun fait authentique et nous ne savons pas s'il en existe réellement. A moins pourtant que l'on ne veuille ainsi nommer le cas où la

muqueuse cœcale participerait simplement au catarrhe chronique du gros intestin.

Plusieurs auteurs, entre autres Holscher (1), Posthuma (2), Ferrol (3), Puchelt (4), Dupuytren (5), se sont occupés de la typhlite stercorale, cette troisième forme d'Albers. Mais plusieurs d'entre eux confondent, comme ce dernier, la typhlite et la périty phlite. Enfin, dans ces derniers temps, de nouvelles observations ont permis de différencier l'inflammation du cœcum de celle du tissu cellulaire qui fixe l'intestin dans la fosse iliaque droite et, dans une clinique récente, faite à l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Béhier a pu établir le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Il existe pourtant encore une tendance générale à croire que la périty phlite est une conséquence presque inévitable de la typhlite et que les corps étrangers jouent, dans la production de cette maladie, le rôle le plus important. En réalité, la typhlite, plus fréquente qu'on ne le croit généralement et bien souvent méconnue, se développe fréquemment sans retentissement inflammatoire sur les organes environnants et

(1) Holscher, Hannov. *Annalen fur die gesamente heilkunde*, 1836.
(2) Posthuma, *De intestini cœci, etc., pathologia*; Groning, 1836.
(3) Ferrol, Edimb., *Med. and chirurg. journ.*, 1861.
(4) Puchelt, Heidelberg, *Klinische annalen.*
(5) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III.

indépendamment de tout élément étranger au canal alimentaire.

L'appendice vermiforme n'étant, après tout, qu'un diverticule du cœcum, la description de sa phlegmasie rentre dans la description de la typhlite. Nous y retrouvons du reste ordinairement les mêmes causes, la même marche et les mêmes symptômes. Il est vrai que les conséquences sont plus variées et souvent plus graves à la suite de l'inflammation de l'appendice qu'après l'inflammation du cœcum. Cela tient aux situations et aux rapports si divers de cet organe dans la cavité abdominale, mais ne peut en rien influer sur la nature même des lésions primitives. Du reste, lorsque nous étudierons les perforations intestinales qui surviennent à la suite de la typhlite, nous accorderons une attention spéciale à celles qui ont leur siége dans l'appendice vermiforme.

Quant à la périty phlite, qui est l'inflammation du tissu cellulaire lâche qui unit le cœcum au fascia iliaca, elle ne peut avoir lieu que grâce aux conditions anatomiques particulières dans lesquelles se trouve placée la première partie du gros intestin. Elle a été longtemps confondue avec les phlegmons de la fosse iliaque et maintenant encore on donne le nom générique de périty phlite à tous les phlegmons qui avoisinent le cœcum. Nous croyons qu'il doit être réservé à l'inflammation du tissu cellulaire péri-cœcal consécutive à la typhlite. Les autres phlegmons, qui souvent

viennent de fort loin s'étendre autour du cœcum (abcès ossifluents, migrateurs, puerpéraux, périnéphrétiques, etc.), trouvent ailleurs leur description et leur dénomination naturelle. Du reste la périty phlite consécutive aux lésions du cœcum, la seule à laquelle nous conservions ce nom, trouve sa caractéristique nosologique dans ce fait, sur lequel nous reviendrons plus loin, que, livrée à elle-même, elle a une tendance extrême à la résolution ; terminaison qui est, au contraire, très-rare dans tous les autres phlegmons de la fosse iliaque.

On a cherché à diviser la périty phlite en plusieurs catégories. Nous n'en voyons réellement que deux bien différentes quant à l'origine, la marche et la terminaison. Les voici :

1° Périty phlite par propagation inflammatoire du cœcum au tissu cellulaire, sans perforation intestinale. (C'est la plus fréquente et la moins grave.)

2° Périty phlite par perforation intestinale et issue des matières dans le tissu cellulaire péri-cœcal. (Cette forme peut entraîner les accidents les plus fâcheux.)

Quant aux abcès, ayant une origine étrangère au cœcum et qui viennent consécutivement perforer les tuniques intestinales et fluer dans le tube digestif, ils peuvent être la cause du développement d'une typhlite, mais n'ont rien de commun avec la périty phlite, quoique celle-ci puisse se terminer parfois de la même manière.

Ces quelques explications préliminaires étant données, il nous reste à dire que nous nous sommes servis, pour la rédaction de ce mémoire, de nombreuses observations publiées dans divers recueils. Nous ne donnerons ici que celles que nous avons pu réunir nous-même et qui sont inédites. La publication de tous les matériaux qui nous sont passés sous les yeux eût demandé, à elle seule, plus d'un volume et eût été à peu près inutile, puisque nous renvoyons aux auteurs chez lesquels nous avons puisé nos renseignements. Nous avons essayé, d'après ces observations et les quelques travaux déjà faits sur la matière, de décrire les lésions et les symptômes de la typhlite et de la périty phlite. Notre but sera atteint si nous pouvons jeter un peu de lumière sur quelques points encore obscurs de ces affections.

Du cœcum et de son appendice.

Le cœcum, première portion du gros intestin, est ainsi nommé parce qu'il affecte la forme d'un cul-de-sac. Sorte d'ampoule arrondie, dont tous les diamètres sont à peu près égaux, il est plus considérable en volume que la partie du gros intestin qui lui fait suite.

Cette disposition est-elle primitive, ou tient-elle à la stagnation des matières fécales, conséquence de sa position déclive ? M. Cruveilhier penche pour cette dernière opinion. Quoi qu'il en soit, le cœcum est certainement, après l'estomac, le segment le plus volumineux du canal alimentaire. C'est une véritable poche dans laquelle quelques auteurs ont voulu voir une sorte de deuxième estomac où s'accomplirait une seconde digestion. Ce n'est point ici le lieu de discuter une pareille théorie ; mais nous devons faire remarquer néanmoins que les résidus de la digestion y séjournent longtemps, et que cette circonstance a une influence certainement considérable sur la fréquence des inflam-

mations de cette portion de l'intestin et du tissu cellulaire qui l'environne.

Plongé au milieu d'une masse aréolaire à mailles extensibles, le cœcum est situé dans la fosse iliaque droite qu'il remplit presque entièrement. C'est la partie la plus fixe du tube intestinal, et il doit cette fixité à la disposition du péritoine qui ne fait que passer au-devant de lui et qui l'applique contre la fosse iliaque. Ordinairement, en effet, les deux tiers à peine du cœcum sont recouverts par le péritoine et le tiers postérieur est immédiatement lié, par un tissu cellulaire lâche, avec l'aponévrose du muscle iliaque. Ainsi que le fait remarquer Ménière (1), il est enveloppé très-rarement à la manière de l'intestin grêle et par conséquent compris dans un repli séreux désigné alors sous le nom de méso-cœcum. Il peut, dans ce cas, flotter dans la région qu'il occupe et subir parfois d'importants déplacements.

Sa direction n'est pas verticale, mais oblique de bas en haut et de gauche à droite. Il répond, en avant, aux parois abdominales, à travers lesquelles il peut être parfaitement senti et limité lorsqu'il est rempli par des gaz, des liquides ou des matières fécales. En dedans, le cœcum reçoit l'intestin grêle. L'angle de réunion, angle iléo-cœcal, est très-variable. Tantôt

(1) Ménière, *Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite* (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVII, 1826.)

l'intestin grêle tombe perpendiculairement sur le gros intestin ; tantôt l'angle d'incidence est obtus en haut, aigu en bas ; d'autres fois l'iléon, au lieu de se porter de bas en haut, se dirige de haut en bas. A l'extrémité libre, en arrière et à gauche, à quelques millimètres de l'angle iléo-cœcal, on rencontre l'appendice vermiforme. En arrière, le cœcum est appliqué sur le muscle iliaque dont le sépare le *fascia iliaca.*

Le *fascia iliaca*, aponévrose commune aux muscles psoas et iliaque, celluleux à sa partie supérieure et résistant à mesure qu'il s'approche de l'arcade crurale, isole en couches bien distinctes le tissu cellulaire de la région profonde de l'abdomen ; l'une, superficielle, diffuse, située immédiatement en dessous du péritoine, entre cette membrane et le *fascia iliaca* ; l'autre profonde, qui a son siége dans la gaîne même du muscle psoas.

La couche sous-péritonéale, sur laquelle repose le cœcum, se continue avec le tissu connectif qui double le mésentère et les ligaments larges, et avec la couche cellulo-adipeuse qui entoure le rein. De là, cette couche, toujours distincte de la gaîne du psoas, descend vers le scrotum et la cuisse par la gaîne des vaisseaux fémoraux.

Ces particularités expliquent combien il est rare de voir fuser dans le tissu cellulaire sous-péritonéal les abcès de la gaîne du psoas, puisqu'il faut, pour cela, la destruction partielle d'une aponévrose très-résistante. Cet isolement anatomique du psoïtis et des

phlegmons sous-péritonéaux n'a pas suffisamment attiré l'attention des auteurs qui se sont occupés des phlegmons iliaques. La plupart ont confondu, dans une même description, les abcès qui suivent la gaîne du psoas et ceux qui sont sous-jacents au *fascia iliaca*. Cette description faite, l'histoire de ces phlegmons, au point de vue de leur évolution ultérieure, se simplifie singulièrement, et l'on a ainsi la raison anatomique des points si différents par lesquels s'ouvrent les abcès iliaques.

La surface interne ou muqueuse du cœcum présente trois saillies longitudinales et plusieurs saillies transversales, dues aux fibres de la tunique musculaire, qui limitent dans leurs entrecroisements des cavités ou poches parfois considérables. Cette surface interne offre, en outre, à gauche et un peu en arrière, la valvule iléo-cœcale et l'appendice vermiforme.

Du côté du cœcum, la valvule iléo-cœcale, ou de Bauhin, présente un bourrelet saillant, fendu d'avant en arrière, membraneux et mobile, ayant deux lèvres et deux commissures. Les deux lèvres ne s'entr'ouvrent que pour le passage des matières, et de chaque commissure part un repli qui va se perdre sur la paroi opposée de l'intestin et qu'on nomme frein de la valvule.

L'appendice vermiforme (1), si irrégulier dans sa

(1) Un certain nombre d'auteurs assurent avoir fréquemment remarqué l'absence de l'appendice vermiforme (Morgagni, Hunter, Haller, Meckel, etc.). — Crelle prétendait que chez le fœtus qui ne

direction et sa situation, se trouve parfois accolé à la face postérieure du cœcum et alors il n'a pas d'enveloppe péritonéale; il flotte librement dans le tissu cellulaire lâche de cette région. Mais il est ordinairement intra-péritonéal. Tantôt il se porte en bas, vers le détroit supérieur du bassin; plus souvent, il s'incline en dedans et en haut, pour s'enrouler autour de la partie terminale de l'iléon.

L'appendice peut donc être libre d'adhérences avec le péritoine; nous avons vu plus haut qu'il en était ordinairement ainsi pour le cœcum. Il est facile alors de se rendre anatomiquement compte de la possibilité des perforations du cœcum ou de son appendice, avec issue des matières stercorales en dehors du péritoine, ce qui donne lieu, non plus à une péritonite, mais aux accidents variés de la *périty phlite*.

L'appendice vermiforme présente une cavité généralement fort étroite, séparée de celle du cœcum par une valvule plus ou moins considérable, mais toujours insuffisante à oblitérer l'orifice. Dans cette ca-

rend point de matières fécales, celles-ci s'accumulaient dans la cavité de l'appendice, et Massa pensait alors que cet organe fœtal, devenu inutile, tendait, pendant la vie extra-utérine, à se rétrécir, à s'oblitérer et disparaître, à mesure que le cœcum se développait et acquérait son volume normal.

Il n'entre point dans notre sujet de discuter ces hypothèses, faciles, pensons-nous, à réfuter. Quant à l'absence de l'appendice, nous la croyons très-rare et l'on peut la considérer comme une anomalie.

vité, viennent se loger, malheureusement trop souvent, des mucosités, des petits fragments durcis de matières fécales, des calculs hépatiques, des noyaux de cerises, etc., etc., cause fréquente de perforations spontanées de l'appendice et de périty phlite avec ou sans péritonite, suivant les rapports de la séreuse.

La structure du cœcum est à peu près la même que celle du reste du gros intestin. Pourtant dans le cœcum, il n'est pas rare, surtout chez les gens d'un certain âge, de voir la muqueuse faire hernie, à travers la membrane musculeuse, et constituer de petites cavités à goulot étroit et remplies d'une boulette de matière fécale durcie. Il est facile de comprendre combien cette disposition doit favoriser les abcès périty phlitiques et comment on peut s'expliquer certaines inflammations dans la fosse iliaque droite, survenant souvent sans cause manifestement appréciable.

En outre, la muqueuse du cœcum possède dans son épaisseur une grande quantité de follicules clos à l'état isolé, et celle de l'appendice vermiforme en présente réunis en plaques multiples et même confluentes. Circonstance qui est une cause nouvelle d'affections inflammatoires du cœcum et de perforations intestinales.

Enfin, pour terminer ces considérations anatomiques, nous ferons remarquer que tous les filets qui innervent le cœcum appartiennent au système des

ganglions; disposition qui, livrant cette partie de l'intestin à des influences morales ou physiques que ne peut modifier la volonté, le soumettent, en revanche, à l'action puissante de quelques agents thérapeutiques.

Étiologie. — Pathogénèse.

La typhlite peut se développer sous l'influence des causes générales de l'entérite, mais son origine la plus ordinaire est, sans aucun doute, dans l'irritation produite par l'amas des matières fécales ou la présence de corps étrangers dans le cœcum.

On trouve, dans la structure même de l'ampoule cœcale, l'explication de la fréquence des inflammations de cette partie de l'intestin. Nous venons de voir que la surface interne des parois de cet organe était divisée en cavités ou loges, dues à l'entrecroisement, sous la muqueuse, des fibres musculaires transversales ou longitudinales. Ces loges sont un réservoir tout prêt pour les matières que la déclivité même du cœcum sollicite à stationner dans cette région. D'ordinaire, la contractilité musculaire intestinale est assez énergique pour les chasser et leur faire poursuivre leur chemin dans la dernière partie du tube digestif. Mais, si les contractions ne sont pas assez puissantes, rien n'engage les matières à abandonner la position qu'elles occupent.

Ce défaut de contractilité peut tenir à plusieurs causes. Une faiblesse générale de la constitution, con-

génitale ou acquise, l'abus des substances qui paralysent le système musculaire de la vie organique, etc., peuvent le produire. Mais son origine la plus habituelle est dans les affections récentes ou anciennes de l'intestin. L'entérite aiguë et surtout chronique, le choléra, le cancer, le tubercule, la fièvre typhoïde et tant d'autres affections, peuvent léser la tunique musculaire intestinale et porter ainsi gravement atteinte à l'énergie des mouvements péristaltiques, qui n'ont plus ensuite la force suffisante pour accomplir leurs fonctions. La muqueuse, de son côté, n'étant plus stimulée par ces contractions pour lesquelles elle est faite, ne tarde pas à modifier ses propriétés et ses sécrétions. Loin de se lubréfier sans cesse, comme elle le fait à l'état normal, ce qui, pour la progression des matières, combattrait peut-être un peu la difficulté des contractions par la facilité du glissement, elle se dessèche, au contraire, et sa surface ne sécrète plus qu'un mucus épais, visqueux et rare. Son inertie même devient un nouvel obstacle, quand encore elle ne présente pas, pour ajouter au labeur de la circulation intestinale, de ces brides cicatricielles si fréquentes à la suite des ulcérations et cause presque inévitable des diminutions du calibre de l'intestin.

Lorsque l'on ne peut trouver dans les antécédents la cause de ce manque d'énergie musculaire, on peut encore en trouver l'origine dans une compression dont voici le mécanisme :

Sous une des mille influences qui président dans l'organisme aux phénomènes complexes de la digestion, les matières qui passent dans le cœcum, y arrivent pendant quelques jours, moins humectées, plus denses, plus compactes qu'elles ne le sont d'habitude. Elles se fixent d'autant plus fortement dans les loges de la muqueuse, et compriment, par conséquent, celle-ci. La congestion des parois de l'intestin est la suite inévitable de cette compression. Or cette congestion affaiblit si considérablement la puissance musculaire qu'elle devient incapable de soutenir la lutte; elle est vaincue et cesse bientôt des efforts inutiles. Qu'arrive-t-il alors? Sans cesse, de nouvelles matières viennent s'ajouter aux autres, enfoncent de plus en plus les premières dans les loges qu'elles occupent déjà, et apportent ainsi, par conséquent, de nouveaux éléments de compression. La muqueuse, comme les muscles, se congestionne de plus en plus; elle se boursoufle dans certains points, diminue le calibre intestinal et vient offrir un nouvel obstacle à la circulation; dans d'autres, elle s'enflamme bientôt, et c'est alors qu'on voit se développer, à sa surface, ces ulcères dont nous parlerons dans l'anatomie pathologique. D'un autre côté, les muscles, participant à l'hyperémie et à l'inflammation naissante, ont achevé de perdre toute contractilité, et, si la typhlite elle-même, ce qui peut se présenter, tuméfiant les parois de l'intestin et rétrécissant ainsi uniformément son calibre, ne

peut arriver à chasser mécaniquement, hors du cœcum, les matières qui l'encombrent, les accidents les plus graves peuvent survenir. L'art seul, en ce cas, peut venir au secours de la nature pour l'aider à se déqarrasser. Mais si les matières qui obstruent le cœcum n'en sont pas promptement expulsées, elles entrent en décomposition et il se forme des produits qui exercent une influence très-irritante sur la muqueuse intestinale et ne peuvent, par conséquent, qu'augmenter l'intensité de la typhlite.

Ajoutons en outre, aux causes de stagnation stercorale, les changements de situation, les tiraillements et les flexions du cœcum, dues souvent à une péritonite partielle qui, tout en guérissant, a disséminé çà et là des brides plus ou moins solides et, la plupart du temps, fort pénibles pour le malade.

M. le professeur Béhier (1) pense que, à moins d'accumulation considérable, les matières fécales ne sauraient produire, à elles seules, l'inflammation du cœcum. Il se fonde sur ce que l'on voit fréquemment des individus, atteints de constipation opiniâtre, et, par conséquent, d'accumulation de matières dans l'intestin, ce que l'on peut constater, le plus souvent, à la percussion et à la palpation, ne présenter aucun symptôme inflammatoire du côté de l'abdomen ; preuve bien évidente qu'ils ont échappé aux altérations si graves de

(1) Clinique de la Pitié, 3 juin 1867.

la typhlite. Il pense donc que, pour qu'il y ait typhlite, la présence d'un corps étranger, qui vient s'implanter dans le cœcum, est presque toujours nécessaire. La stagnation des matières ne jouerait ici qu'un rôle secondaire en poussant sur le corps étranger et l'engageant de plus en plus.

M. Lebert (1), ainsi du reste que nous le verrons plus loin, prétend, au contraire, avoir plus souvent constaté l'absence que la présence du corps étranger dans les inflammations du cœcum. Nous pensons aussi, comme nous venons de l'expliquer plus haut, que les matières seules, par leur stagnation, peuvent être une cause fréquente de typhlite. Certes, il est bien évident que nous ne voulons pas exagérer et dire que, toutes les fois que les matières s'accumulent dans le cœcum, une inflammation en soit la conséquence immédiate. Il faut encore d'autres éléments. Ce seront la plus ou moins grande consistance des matières ou leurs propriétés plus ou moins irritantes, la forme de l'intestin, la profondeur de ses diverticules, son calibre, l'état d'énergie de sa tunique musculaire. La forme du cœcum est importante, car, lorsqu'il est dilaté fortement en ampoule, les résidus de la digestion en sortent avec d'autant plus de difficulté qu'ils s'y sont agglomérés plus facilement ; ils se durcissent bientôt et deviennent une masse homo-

(1) Lebert, *Anat, path.*

gène qui ne peut plus progresser dans le tube digestif. Quant à la puissance de la membrane musculaire, c'est une des causes les plus importantes de typhlite, lorsqu'elle fait défaut, car, ainsi que nous venons de le voir, toute stagnation dans le cœcum est le résultat d'une lutte entre la résistance passive des matières et l'activité contractile des parois intestinales, lutte où cette dernière a été vaincue.

Enfin, des tumeurs de diverses natures développées dans les parois mêmes du cœcum ou dans son voisinage, peuvent occasionner l'arrêt des matières. Nous avons vu, au mois de décembre dernier, dans le service de M. le professeur Béhier, à la Pitié, un homme qui portait une tumeur syphilitique dans la fosse iliaque droite. Indépendamment des troubles névralgiques dont elle était l'origine, cette tumeur comprimait le cœcum de telle sorte que le malade demeurait deux ou trois semaines sans aller à la selle. Au bout de ce temps, il était pris, tout à coup, de nausées, de coliques et de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Enfin, une débâcle spontanée de selles diarrhéiques, contenant un grand nombre de noyaux durs de matière fécale, le débarrassait. Il eût fallu probablement peu de chose à ajouter à cette compression intestinale pour développer tous les accidents de la typhlite.

Bamberger insiste beaucoup sur l'influence que semble exercer la valvule de l'appendice vermiforme

sur l'accumulation des matières dans sa cavité (1). Il a rencontré très-fréquemment, dans ses nombreuses autopsies, cette valvule très-développée, résistante, sans souplesse et formant un obstacle presque infranchissable au retour, dans le cœcum, du contenu de l'appendice. A quoi étaient dus ce développement exagéré et cette rigidité anormale? Bamberger ne s'explique pas sur ce point. Il semble vraiment extraordinaire, au premier abord, que cette valvule, à laquelle la nature a assigné pour mission de s'opposer au reflux, dans le diverticulum cœcal, des substances contenues dans l'intestin, se mette, à un moment donné, à jouer un rôle exactement contraire. Pourtant, si l'on veut bien se reporter aux notions que nous donne l'anatomie, il nous semble que l'on peut trouver une explication à ce phénomène. Cette valvule, en réalité, ne remplit jamais qu'imparfaitement son office ; elle n'obstrue pas complétement la cavité qu'elle doit protéger. On comprend alors que des matières liquides, pouvant s'insinuer entre les replis valvulaires, s'accumulent dans l'appendice et là s'y dessèchent peu à peu, en prenant le volume et la forme de l'organe qui les contient. Comprimant alors les parois, elles ne tardent pas, par le même mécanisme que nous avons vu plus haut agir dans la production de la ty-

(1) Bamberger, *Handbuch der speciellen pathologie und therapie;* Erlangen, 1864.

phlite du cœcum, à être pour la muqueuse une cause d'hyperémie à laquelle la valvule participe bientôt. De là cette rigidité et cette hypertrophie que Bamberger a observées et qu'il nous donne comme une des origines de la typhlite de l'appendice, tandis que, selon nous, elle n'en est que la conséquence toute naturelle.

Si les corps étrangers jouent un rôle incontestable dans l'étiologie de la typhlite, leur importance est bien plus grande encore dans le mécanisme des perforations, dont un bon nombre peut leur être entièrement attribué. Ces corps peuvent être de toutes formes et de toutes origines. Les plus fréquents sont les calculs biliaires et les calculs fécaux ou entérolithes, formés ordinairement par l'agglomération de matières fécales et de sels de chaux sécrétés par l'appendice (1). Ils sont extrêmement durs, allongés et ressemblant à des fèves. On rencontre aussi des noyaux de fruits, des pépins, des fragments d'écorces, des aiguilles, des esquilles osseuses, en un mot, tous les corps que nos organes n'ont pu ni entamer, ni ramollir. Enfin, on a signalé des vers intestinaux, comme pouvant provoquer la typhlite, et Sœmmering (2) a vu des accidents mortels se produire par la présence de lombrics dans l'appendice.

(1) Bamberger, *loc. cit.*
(2) Sœmmering, *Édimb., Med. Journ.*

Lorsque ces corps étrangers ne donnent pas lieu à une solution de continuité, ils agissent sur le cœcum et son diverticule, soit en s'accumulant en grand nombre et obstruant ainsi, comme nous l'avons vu faire par les matières fécales, le tube digestif, soit en piquant et lacérant la muqueuse par quelque extrémité aiguë ou quelque arête tranchante. M. Barthez vit un jour un obstacle complet apporté au cours des matières fécales par l'amas dans le cœcum d'environ cent cinquante noyaux de cerises.

Le même observateur présenta, au mois de juin 1863, à la Société médicale des hôpitaux, un pépin de raisin qui, par sa présence dans l'appendice vermiculaire, avait suffi pour déterminer la mort d'un jeune sujet de quatorze ans, avec tous les signes d'une péritonite suraiguë dont le foyer principal siégeait dans la fosse iliaque droite. L'autopsie montra, avec les signes ordinaires de la péritonite autour du cœcum (fausses membranes, pus, etc., etc.), que le corps étranger, tout en déterminant l'ulcération de l'appendice et une forte inflammation du voisinage, n'avait cependant pas déterminé la perforation. Quant au corps étranger, c'était un pépin de raisin, de volume ordinaire, revêtu de deux couches superposées, la plus interne composée surtout de phosphate calcique, la plus externe de matières organiques azotées (probablement de matières fécales concrétées). Ce petit corps devait être là, d'après M. Barthez, depuis

l'automne précédent, à moins de supposer qu'il ne provînt d'un raisin sec. Mais, malgré son petit volume, il n'aurait pu repasser par l'orifice d'entrée de l'appendice, ce qui prouve qu'il était là depuis longtemps. Il faut noter que l'accident était survenu en pleine santé.

Lorsque les corps étrangers amènent la perforation du cœcum ou de son appendice, ils le font de deux manières différentes. Ou bien ils viennent s'implanter dans la muqueuse, s'y enfoncent peu à peu en l'ulcérant et, poussés par les matières fécales, finissent par traverser la paroi intestinale et par tomber dans le péritoine ou le tissu cellulaire péri-cœcal. Ou bien ils viennent achever de perforer une des ulcérations développées par la typhlite simple. Ce dernier mode de perforation doit être, selon nous, le plus commun, car, dans la majorité des cas, lorsque l'intestin est sain, il a une puissance de résistance qui lui permet d'expulser les substances qui l'embarrassent.

Ces perforations intestinales, comme nous le verrons plus loin, peuvent également survenir en dehors de la présence des corps étrangers. Elles sont souvent la conséquence de l'évolution naturelle des ulcères que développe la typhlite. Habershon (1) admet même que l'ulcération et la perforation de l'appendice peuvent

(1) Habershon, *Observations on diseases of the alimentary canal*; London, 1857.

survenir spontanément chez les sujets strumeux. Enfin Leudet (1) donne, comme la cause la plus fréquente de ces lésions, la phthisie pulmonaire. D'après lui, elles existent ordinairement en même temps dans le cœcum et l'appendice et surviennent à une époque avancée de la tuberculisation. Souvent on les rencontre seulement dans l'appendice, sans aucune altération simultanée de la muqueuse cœcale. Albers (2) du reste avait déjà observé ce fait, car il dit que, s'il a vu rarement la perforation de l'appendice par les matières fécales durcies ou par des corps étrangers, il l'a vue très-fréquemment au contraire produite par l'accumulation de la matière tuberculeuse.

Mais, parmi les causes de la typhlite avec ou sans perforation, il faut donner une place importante à la fièvre typhoïde (3). Il n'est pas rare, en effet, à la suite de cette affection, lorsque les symptômes graves ont cessé, quelquefois même lorsque la convalescence a commencé, de voir les malades rester affaiblis ou bien donner tous les signes d'une rechute. Ce fait a un grand intérêt pratique et ne saurait être passé sous silence. Car la guérison des lésions de l'intestin grêle ne met pas, en effet, le malade à l'abri de tout danger. Le gros intestin et particulièrement le cœcum, à cause de sa situation et de sa structure, peut devenir

(1) Leudet, *Arch. gén. de méd.*
(2) Albers, *Archiv für physiol.*, Heilkunde.
(3) Leudet, *Gaz. heb.*, 1854.

le siége principal de la maladie, l'origine des phénomènes morbides et présenter tous les degrés de l'inflammation jusqu'à la perforation de ses parois. La typhlite affecte alors la forme *folliculaire* que nous étudierons plus loin, dans la partie de ce travail qui traite de l'anatomie pathologique.

M. le professeur Béhier a vu, à l'hôpital Beaujon, un malade présentant des signes typhoïdes douteux. On avait cru d'abord à une méningite, puis enfin M. Béhier s'était arrêté à une fièvre typhoïde, présentant la particularité d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Le malade mourut et, à l'autopsie, on trouva une perforation de l'appendice vermiforme produite par des grains de plomb.

Nous pensons que, dans ce cas, l'ulcération folliculaire du cœcum était l'origine des accidents typhoïdes. Les grains de plomb qui séjournaient dans l'intestin, depuis fort longtemps peut-être, n'ont probablement agi que sur des ulcères développés indépendamment de ces corps étrangers, et ont ainsi hâté leur perforation. Il nous semble difficile d'admettre que des grains de plomb, dans un cœcum sain, eussent donné naissance à de tels symptômes.

Quelques auteurs ont cru également trouver, dans d'autres fièvres éruptives une cause de typhlite. Bamberger (1) a constaté deux fois l'inflammation

(1) Bamberger, *loc. cit.*

du cœcum à la suite de la rougeole. Une première fois pendant la convalescence. Le malade guérit. Une seconde fois, au cinquième jour, après la disparition subite de l'éruption. Le malade mourut et l'autopsie vint confirmer le diagnostic. Leudet (1) cite aussi un malade qui, dans la convalescence d'une variole, fut brusquement enlevé par une péritonite suraigüe consécutive à la perforation de l'appendice, sans qu'on ait pu constater la présence d'aucun corps étranger.

La typhlite a-t-elle été, dans ces faits, la conséquence véritable de la fièvre éruptive, ou n'y a-t-il eu là qu'une simple coïncidence ? Nous croyons qu'il serait peut-être difficile, en ce moment, de résoudre la question et que l'observation scrupuleuse de nouveaux faits peut seule répondre d'une façon certaine.

Enfin, il est une autre cause de typhlite dont nous devons dire un mot, quoiqu'elle soit relativement plus rare que la plupart des autres. C'est la typhlite consécutive à l'ouverture dans le cœcum d'un abcès du voisinage. Tous les phlegmons de la fosse iliaque peuvent, lorsqu'ils suppurent, s'ouvrir dans l'intestin. La périty phlite elle-même, qui souvent se développe pendant que se résout la typhlite originaire, peut suppurer, perforer le cœcum et donner naissance à une typhlite secondaire. En effet, par la propagation de l'inflammation phlegmoneuse aux parois

(1) Leudet, *Arch. gén. de méd.*

intestinales et sous l'influence du pus qui vient baigner sa surface, la muqueuse se boursoufle , la tunique musculaire se paralyse, les matières s'accumulent et l'on voit bientôt apparaître les accidents inflammatoires que nous décrirons plus loin.

La fréquence de la typhlite varie suivant l'âge et le sexe. Trois statistiques ont été faites qui diffèrent peu par les résultats. Les voici :

Dans la première, sur soixante-treize cas, il y avait cinquante-quatre hommes et dix-neuf femmes (Bamberger).

Dans la seconde, sur trente-six cas, il y avait trente-deux hommes et quatre femmes (Marschal de Calvi).

Dans la troisième, sur quarante-six cas, il y avait trente-sept hommes et neuf femmes (Volz).

En réunissant tous ces cas ensemble, on trouve : quatre-vingts pour cent pour les hommes et vingt pour cent pour les femmes.

Dans les soixante-treize cas de Bamberger, il y avait :

En dessous de 10 ans,	2 cas
de 15 à 20	20
de 20 à 30	32
de 30 à 40	9
de 40 à 50	5
au-delà de 50	5

De 15 à 30 ans, il y a donc 72 pour 100 des cas.

Quant aux causes de la périty phlite, nous les trouvons dans la définition même, puisque nous ne donnons cette qualification qu'aux phlegmons qui se développent, sous l'influence de la typhlite, dans le tissu cellulaire péri-cœcal. Elle peut se former, soit par propagation de l'inflammation du cœcum, sans perforation de ses parois, soit par l'issue des matières à travers une solution de continuité de l'intestin. Lorsque l'appendice est enroulé autour du cœcum ou flotte, en totalité ou en partie, hors du péritoine, son inflammation, son ulcération, sa gangrène, au lieu d'amener une péritonite suraiguë, circonscrite ou générale, amène un épanchement dans le tissu cellulaire et une périty phlite plus ou moins diffuse. Le seul point étiologique important dans la périty phlite, au point de vue de sa marche et de sa terminaison, est donc de savoir si son origine est ou n'est pas dans une perforation.

Anatomie pathologique.

Les modifications anatomiques que laisse, sur le cadavre, l'inflammation aiguë du cœcum sont plus fréquentes que celles du reste du gros intestin, mais leur sont souvent à peu près analogues. C'est une rougeur tantôt peu intense, tantôt plus foncée, dans quelques cas diffuse, d'autres fois limitée aux environs des follicules clos. La muqueuse, ramollie et friable, paraît comme boursouflée; le tissu sous-muqueux est le siége d'une infiltration séreuse. La mort dissipe quelquefois entièrement l'injection et la muqueuse, exsangue, est pâle. Les follicules clos, dans la typhlite, sont presque constamment tuméfiés et proéminent à la surface de la muqueuse. Les ganglions mésentériques présentent ordinairement de l'hyperémie, et sont plus ou moins augmentés de volume. Quant au contenu du cœcum, il consiste d'abord en un liquide séreux, abondant, mêlé de cellules épithéliales et de jeunes cellules, plus tard en un mucus opaque, en faible quantité, adhérent aux parois et renfermant également des productions épithéliales (1).

L'inflammation, qui débute en général par la forme aiguë, ne tarde pas ordinairement à suivre une mar-

(1) Niemeyer, *Path. int.*

che chronique, si les premières altérations ne disparaissent pas spontanément ou par les ressources de l'art, et que les causes morbides continuent à agir. Dans ce cas, la muqueuse acquiert une teinte rouge-brun ou ardoisée ; elle se boursoufle tellement qu'elle forme des saillies parfois considérables. On voit, à sa surface, des nodosités blanches qui ne sont autres que les follicules clos augmentés de volume, et qui proéminent d'une manière encore plus évidente que dans le catarrhe aigu. La surface est couverte d'un mucus visqueux, grisâtre ou puriforme. Quelquefois l'hyperémie gagne en profondeur, et la tunique musculaire s'hypertrophiant, il peut se faire des rétrécissements de l'intestin.

Dans certains cas, l'inflammation semble passer à la forme *diphthéritique* (1). Alors, des eschares minces se produisent sur la muqueuse fortement rougie, et la font ressembler à une surface saupoudrée de son. De petites érosions superficielles, qui saignent facilement, succèdent à la chute des eschares. Ce résultat anatomique se produit principalement sous l'influence d'une accumulation de matières fécales.

Si le catarrhe du cœcum poursuit sa marche, il ne tarde pas, en général, à produire des ulcérations. On

(1) Niemeyer, *loc. cit.*

rencontre aussi bien l'ulcère catarrhal diffus que l'ulcère folliculaire.

C'est ordinairement à la suite d'une inflammation aiguë et, plus souvent encore, d'une inflammation chronique sur laquelle est venue se greffer une inflammation aiguë, que naissent les ulcères catarrhaux diffus. Les agents qui les déterminent le plus habituellement sont les corps étrangers qui séjournent dans la cavité du cœcum ou les matières fécales qui s'y trouvent retenues. La muqueuse, tuméfiée, se ramollit et ne tarde pas à s'infiltrer de pus, ce qui achève de la détruire dans toute son épaisseur. La membrane muqueuse et la membrane musculaire sont alors mises à nu par désorganisation. Si l'ulcère vient à guérir à cette période, la perte de substance est, il est vrai, rapidement comblée par des granulations; mais il reste plus tard une cicatrice solide qui rétrécit presque constamment le cœcum.

Dans d'autres cas, l'inflammation gagne de proche en proche, et bientôt la membrane musculaire et la membrane séreuse sont prises également. Par voisinage, le tissu cellulaire péri-cœcal ne tarde pas, lui aussi, à s'enflammer, et si en ce moment les causes morbides viennent à disparaître, la typhlite se résout rapidement, laissant dans la fosse iliaque droite, soit une péritonite partielle qui se termine par la formation d'adhérences plus ou moins nombreuses, soit une périty phlite qui suit alors une évolution tout à fait

indépendante de la typhlite qui a été son point de départ (1). C'est une terminaison relativement heureuse des ulcérations du cœcum, terminaison plus fréquente, pensons-nous, qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

D'autres fois, la cause morbide agissant toujours, et l'inflammation se développant simultanément des deux côtés de la paroi intestinale, celle-ci se perfore bientôt. Mais la péritonite partielle qui s'est développée avant la perforation prévient, par l'agglutination de la portion malade du cœcum aux anses intestinales avoisinantes, l'épanchement des matières dans la cavité abdominale, et l'abcès, dans ce cas, reste limité à une portion restreinte de la séreuse. C'est là ce qui s'observe ordinairement dans les cas de perforation de l'appendice vermiculaire. Lorsque la solution de continuité du cœcum se trouve du côté du tissu cellulaire lâche qui le fixe au fascia iliaca, ce qui est un accident au moins aussi fréquent que la péritonite, il se développe un phlegmon plus ou moins vaste de la fosse iliaque. C'est la périty phlite sur laquelle nous aurons à revenir plus loin.

La seconde forme de l'ulcération catarrhale du cœcum est l'ulcère folliculaire. Il produit de vastes destructions et se distingue par la faible réaction de la muqueuse circonvoisine. Voici, d'après Roki-

(1) James Copland, *Append. à la traduction de la physiologie de Richerand*, 1829.

tanski, la manière dont cet ulcère se développe : Au début, les follicules sont fortement gonflés, entourés d'une auréole vasculaire rouge foncé. Plus tard, la fonte ulcérative se déclare dans leur intérieur, la petite collection purulente rompt le tégument, et il se forme un petit abcès folliculaire qui montre des parois rouges, couvertes de fongosités granuleuses et une ouverture petite, à bords ulcérés finement frangés. Pendant que l'ulcération détruit petit à petit le follicule entier, l'hyperémie des parties avoisinantes de la muqueuse se perd; cette dernière prend plutôt un aspect pâle ou ardoisé. L'ulcère alors a environ l'étendue d'une lentille et une configuration circulaire ou ovalaire. Bientôt le travail d'ulcération gagne la muqueuse environnante, la forme ronde disparaît et l'on voit naître de vastes ulcères à contours sinueux.

Quelquefois même, sur une grande étendue de l'intestin, il ne reste intact que des espèces d'îles ou des festons isolés de la muqueuse, et partout ailleurs le tissu sous-muqueux ou musculaire est mis à nu. Le cœcum contient le plus souvent dans son intérieur des matières gris rougeâtre, semi-liquides, floconneuses ou grumeleuses, mêlées d'aliments non digérés.

Toutes ces altérations, que nous venons de décrire. se développent ordinairement par accès plus ou moins

éloignés, dans l'intervalle desquels l'inflammation suit une marche lente(1).

Nous avons vu, dans l'étiologie de la typhlite, que la fièvre typhoïde pouvait être une cause d'inflammation du cœcum ou de son appendice. La lésion peut alors offrir tous les degrés depuis le simple catarrhe, que nous venons de décrire, le ramollissement de la muqueuse, jusqu'à la production d'ulcérations larges et profondes qui amènent souvent la perforation de l'intestin.

Dans la typhlite consécutive à la fièvre typhoïde, la forme d'ulcération la plus fréquente est une variété de l'ulcère follic ulaire décrit par Rokitanski. Elle apparaît, d'après Leudet (2), comme une petite perte de substance à bords nets, n'occupant que la membrane muqueuse, du diamètre d'une tête d'épingle. Le follicule tranche, par sa couleur un peu pâle, sur la teinte de la membrane muqueuse environnante. A un degré moins avancé, le follicule présente son orifice un peu béant, marqué d'un point noirâtre et entouré d'une petite auréole blanche qui dessine ses contours. Le plus souvent, le follicule n'a pas subi d'augmentation notable de volume; dans quelques cas, au contraire, il est gonflé et peut atteindre le volume d'un pois. D'autres fois, l'ulcération, au lieu de ressembler

(1) August Foerster, *Handbuch der speciellen pathologischen anatomie.*

(2) Leudet, *Gaz. hebd.*, 1854.

à une perte de substance à bords nets, offre des bords irréguliers, épaissis et environnés d'une matière jaunâtre analogue à celle que l'on observe dans les plaques de Peyer ulcérées, à une période de leur évolution morbide. Nous avons observé un cas remarquable de ce genre, quand nous étions attaché au service de M. le docteur Nonat, à la Charité. Le malade avait succombé à des accidents adynamiques, sans signes de perforation intestinale.

De ce degré à un autre plus avancé il n'y a qu'un pas. L'ulcération s'agrandit, présente le diamètre d'une pièce d'un franc, d'un écu de trois livres (Andral), et donne lieu à des ulcères interrompus par des brides irrégulières, restes altérés de la membrane muqueuse intermédiaire aux ulcérations qui se sont graduellement confondues.

A ce dernier degré, le plus avancé de l'ulcération, correspond un changement dans l'aspect des bords de la perte de substance. Outre leur décollement plus ou moins étendu, on remarque une couleur d'un gris noirâtre, occasionnée par le dépôt d'un pigment qui se retrouve aussi en dehors des ulcérations, dans l'épaisseur de la muqueuse avoisinante. C'est là, du reste, une modification de couleur qui se rencontre dans toutes les ulcérations anciennes, à marche chronique, de l'intestin.

La profondeur des ulcérations varie autant que leur diamètre, puisqu'elle peut atteindre la surface péri-

tonéale et même la perforer. On observe, en outre, des changements dans l'épaisseur des parois. Si quelquefois ils sont amincis, comme dans l'observation de perforation citée par Leudet (1), le plus souvent ils sont hypertrophiés. L'anatomie n'explique pas bien ces effets opposés d'une même cause, quoiqu'ils soient dus probablement aux troubles, plus ou moins profonds, apportés dans la nutrition de la tunique intestinale, de la membrane musculaire en particulier.

L'ulcération apparaît, dans d'autres cas, sous la forme que l'on a nommée *villeuse* (2). La surface semble rugueuse, inégale, parsemée d'un grand nombre de petites granulations, d'hypertrophies partielles, mêlées d'ulcérations. Dans un cas observé par Leudet, cette lésion coïncidait avec une hypertrophie considérable des parois, surtout de la couche musculaire.

Quand ces ulcères du cœcum, consécutifs à la fièvre typhoïde, arrivent à perforer la paroi intestinale, au lieu d'une de ces péritonites si redoutables dans les perforations de l'intestin grêle, on peut ne rencontrer, et cela arrive souvent, que les lésions de la périthyphlite, affection relativement peu grave. Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. le professeur Piorry, un malade, convalescent d'une

(1) Leudet, *loc. cit.*
(2) Monneret et Fleury, *Compend. méd. prat.*

fièvre typhoïde, qui portait, depuis six semaines, un abcès de la fosse iliaque droite. Epuisé par cette suppuration succédant à une fièvre grave qui l'avait déjà considérablement affaibli, le malade succomba et l'on trouva, à l'autopsie, les bords de la perforation du cœcum en voie de réparation.

Chez un jeune militaire, également convalescent d'une fièvre typhoïde, dans le service du docteur Aucler, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, la perforation d'un ulcère de l'appendice vermiforme fut due à un pépin de raisin. Une périty phlite se déclara, mais malheureusement l'abcès s'ouvrit dans le péritoine, et une péritonite foudroyante enleva presque subitement le malade.

L'appendice vermiculaire peut participer à toutes les affections du cœcum, dont il n'est, après tout, qu'un diverticulum. Il peut donc, quand il s'enflamme, parcourir toutes les phases de la typhlite dont nous venons de faire la description. Il faut pourtant reconnaître que la typhlite de l'appendice passe souvent inaperçue quand elle ne se termine pas par perforation ou qu'elle ne se propage point au cœcum. L'appendice, en effet, est d'un volume si peu considérable et ses fonctions sont si restreintes, si tant est que cet organe ait des fonctions, que ses souffrances, lorsqu'elles sont isolées, retentissent difficilement sur l'économie et ne peuvent y apporter aucun trouble fonctionnel important. Du reste le processus

inflammatoire y est à peu près le même que dans le cœcum. Mais en raison des conditions anatomiques dans lesquelles il se trouve placé, sa perforation offre un intéret spécial. C'est à tort que la plupart des auteurs ont exclusivement attribué cette perforation aux concrétions fécales, aux corps étrangers, aux calculs stercoraux. Cette opinion est beaucoup trop absolue. On ne peut méconnaître qu'une inflammation primitive, locale, indépendante de toute autre lésion, puisse en devenir le point de départ (1).

Quand il y a perforation, on observe déjà à l'extérieur de l'appendice les signes non douteux d'une violente inflammation. Sa surface est couverte de pus, de fausses membranes et d'arborisations vasculaires dues surtout à des vaisseaux veineux, dilatés et tortueux. Des adhérences diverses le fixent aux parties voisines, au cœcum, au côlon, au tissu cellulaire péricœcal, à la masse phlegmoneuse, en un mot, qui englobe la partie malade. Sa largeur normale est conservée et souvent dépassée dans la partie inférieure. On l'a même trouvé très-dilaté et il peut atteindre parfois le volume de la vésicule biliaire (2).

L'intérieur offre trois points importants à étudier : le contenu, l'état de la membrane muqueuse et la perforation.

(1) Lebert, *Anat. path.*, t. II.
(2) Lebert, *loc. cit.*

Le contenu est trop souvent considéré comme formé par des corps étrangers. Lebert a constaté souvent l'absence complète de toute espèce de concrétions. D'autres fois, il a vu des corps étrangers si petits, si peu résistants, si mous, qu'il nie absolument qu'ils puissent avoir été la cause de la perforation. D'après lui, la plupart du temps, la perforation n'est pas due à des corps étrangers. Lebert a certes une autorité incontestable, mais, voulant lutter contre l'absolutisme des auteurs qui l'ont précédé, il tombe peut-être, à son insu et dans un autre sens, dans le défaut contre lequel il s'élève. La science fourmille de faits, comme nous l'avons vu dans l'étiologie, où des corps étrangers de toutes sortes, boulettes fécales, calculs biliaires ou stercoraux, noyaux et pépins de fruits, épingles, grains de plomb, entozoaires, etc., etc., ont entraîné, médiatement ou immédiatement, la solution de continuité de l'appendice. Maintenant la perforation occasionnée par ces corps est-elle plus ou moins fréquente que celle qui survient par le simple progrès de l'inflammation? C'est une question, pensons-nous, qui demande encore à être élucidée. Quoi qu'il en soit, il nous reste acquis que la perforation peut avoir lieu souvent en dehors de toute cause étrangère à l'appendice, et c'est déjà un point important à noter. Dans tous les cas, on rencontre ordinairement, dans l'appendice malade, des matières liquides pultacées ou globuleuses et une quan-

tité, plus ou moins considérable, d'un pus gris-verdâtre extrêmement fétide.

Quant à la membrane muqueuse, c'est elle qui subit les altérations les plus profondes, que ces altérations soient indépendantes ou sous l'influence des corps étrangers. Le plus ordinairement c'est la partie inférieure qui est atteinte et l'on peut y observer tous les degrés, depuis le ramollissement avec épaississement et teinte violacée jusqu'à l'ulcération profonde. Les ulcères sont ordinairement multiples. Ici, ce sont de simples érosions, ailleurs des ulcérations plus profondes, puis des eschares qui sont, de même que les bords de l'érosion ou de l'ulcère, infiltrées d'une exsudation granuleuse d'un jaune pâle (1). Enfin, on peut voir là les pertes de substance de la muqueuse les plus superficielles jusqu'à des perforations complètes et souvent multiples, et même jusqu'à la gangrène d'une ou de la totalité des tuniques intestinales.

La chute des eschares, consécutives aux ulcérations profondes, paraît être une des causes puissantes de ces perforations. Mais il est un fait anatomique, dont le rôle morbide a jusqu'ici, croyons-nous, passé inaperçu, dans le mode de formation des solutions de continuité de l'appendice et du cœcum lui-même. Ce fait est la prédisposition qu'a la muqueuse de cette partie de l'intestin à faire hernie à travers les fibres

(1) Lebert, *loc. cit*

de la tunique musculaire, sous l'influence parfois des causes les plus légères (1). Qu'un corps étranger, un calcul stercoral, une boulette durcie de matière fécale, poussant la muqueuse, produise cette hernie, le collet de la nouvelle cavité ne tardera pas à se rétrécir, sous l'effort des contractions de la membrane musculaire, ou par l'effet de l'irritation de la muqueuse. Les chances de réduction ayant alors disparu, l'inflammation suivra sa marche et pourra aller jusqu'à la perforation de la tumeur ou à sa chute par gangrène de son pédicule, ce qui ouvrira plus ou moins largement l'intestin. Quant à la tumeur, tombant dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire péri-cœcal, elle sera le point de départ d'une péritonite ou d'une périthyphlite, sans préjudice des désordres produits par la perforation elle-même et qui viendront s'ajouter aux siens. Pourtant la hernie peut ne pas s'enflammer et ne donner lieu alors à aucun accident, ou bien l'inflammation peut s'arrêter à temps et ne pas aller jusqu'à la perforation et la gangrène. M. Cruveilhier qui, le premier, a parlé de ces hernies et leur a donné la dénomination de *tuniquaires*, en a trouvé une quantité considérable sur le cœcum du professeur Alibert, qui n'en avait, pendant sa vie, ressenti aucun effet fâcheux. Nous pensons que beaucoup des prétendues périthyphlites que l'on voit

(1) Cruveilhier, *Anat. path. gén.*, t. I.

spontanément apparaître, sans avoir été précédées d'aucun phénomène du côté du cœcum, et qui, la plupart du temps, se résolvent avec tant de rapidité, pourraient se rapporter à l'inflammation isolée d'une hernie tuniquaire. Il est rare que les véritables péri-typhlites soient d'un volume aussi restreint que ces petites tumeurs. Quand le tissu cellulaire péri-cœcal se met à s'enflammer, c'est en général sur une assez grande étendue.

Le nombre et la forme des perforations sont variables. Voici le résultat de sept autopsies de Lebert : — Dans un premier cas, une perforation de deux millimètres de largeur, arrondie, à bords lisses, existe près de la pointe de l'appendice. Tout autour, la membrane muqueuse est ramollie, décolorée, friable, infiltrée d'une exsudation granuleuse. — Dans un deuxième cas, on trouve, à vingt-deux millimètres de la pointe, une perforation de deux millimètres, arrondie et entourée des mêmes infiltrations et de quelques érosions. — Dans le troisième cas, il y a deux perforations, l'une d'un millimètre et demi, l'autre de deux millimètres. Elles sont situées à douze millimètres de la pointe. — Dans le quatrième cas, il y a cinq perforations. Deux de ces perforations, l'une de trois, l'autre de sept millimètres de largeur, sont à deux centimètres de la pointe. Les trois autres, situées près du cœcum et à peine séparées par d'étroits lambeaux de la tunique péritonéale, forment, pour ainsi dire,

une ulcération à trois compartiments. Les tissus voisins sont le siége d'une phlegmasie intense et montrent bien combien une cause mécanique est inutile à invoquer pour expliquer ces lésions. — Le cinquième cas offre une simple perforation à la partie inférieure de l'appendice. — Le sixième cas, deux, l'une inférieure, l'autre supérieure. — Dans le septième cas, enfin, il y a, à la partie inférieure, deux perforations de la largeur d'une tête d'épingle.

— On voit donc que les perforations affectionnent la portion inférieure de l'appendice vermiforme, mais que néanmoins on peut les rencontrer près de l'insertion cœcale. Elles sont isolées ou multiples, d'un diamètre le plus souvent de un ou deux millimètres, rarement de trois, de cinq et de sept. Leur forme est arrondie, et leurs bords lisses sont parfois entourés d'un cercle inflammatoire, dans lequel on peut trouver quelques érosions plus ou moins superficielles.

Nous avons vu que, dans les perforations consécutives à la typhlite du cœcum, ou bien l'épanchement se faisait en avant, et, tombant dans le péritoine, causait une péritonite le plus souvent circonscrite, ou bien il se faisait en arrière, et alors se développaient tous les accidents de la pérityphlite. Mais la situation, la direction et les rapports de l'appendice étant loin d'être constants, on ne saurait prévoir quelles seront les conséquences de la perforation. Dans les cas où, accolé à la face postérieure du cœcum, il flotte libre-

ment dans le tissu cellulaire de cette région, on aura une périty phlite. Lorsqu'au contraire, se portant en bas, vers le détroit supérieur du bassin, il est intra-péritonéal, on aura une péritonite. Enfin si, allant encore dans d'autres directions, il vient à adhérer à un organe creux du voisinage, il peut s'ouvrir dans l'intérieur de celui-ci. C'est ainsi que Merling rapporte un fait curieux où l'appendice s'est ouvert dans le côlon et que le docteur Powell, de la Louisiane, trouva, à l'autopsie d'un nègre, l'appendice cœcal adhérent à l'artère iliaque interne et communiquant avec elle par une petite ouverture arrondie à travers laquelle passaient des grumeaux de sang.

— Les accidents graves et souvent mortels qui résultent de la perforation, sont surtout dus à l'irritation violente, produite par l'épanchement des matières fécales dans le tissu cellulaire péri-cœcal ou dans le péritoine. On trouve ordinairement autour du cœcum et de son appendice une inflammation intense du tissu cellulaire ou du péritoine, et des abcès phlegmoneux complétement ou incomplétement circonscrits par des adhérences. La péritonite circonscrite peut être limitée entre des anses intestinales adhérentes, ou entre celles-ci et la paroi abdominale. Quant à l'épanchement incomplétement circonscrit, qui donne rapidement naissance à une péritonite généralisée, Lebert le croit assez fréquent, tandis que Leudet n'en a rencontré qu'un exemple sur quarante-trois cas qu'il

a observés (1). Néanmoins la chance la plus heureuse est que la perforation se fasse du côté du tissu cellulaire. Il se développe alors une périty phlite, presque toujours moins grave qu'une péritonite, même circonscrite.

Pourtant, il faut bien reconnaître qu'alors même que la péritonite ne survient pas, et que l'affection se borne à une périty phlite, la marche peut en être fatale. Lebert a observé un cas dans lequel le péritoine était intact et où l'infiltration purulente, se continuant directement, à partir de la fosse iliaque, entre les muscles profonds, le long du nerf sciatique, dans la hanche et la partie supérieure de la cuisse, avait entraîné la mort du malade (2).

Dans une observation de M. Grisolle, il y avait un foyer purulent dont la paroi était formée par le cœcum, l'épiploon et quelques anses d'intestin grêle tapissées de fausses membranes noirâtres. Le foyer offrait un mélange de pus, de matières brunes, à odeur gangréneuse. Il y avait au-dessus des portions de matières fécales. L'appendice, béant, noir, friable, en partie détruit par la gangrène, était au bas de la paroi interne. Vers la paroi externe et un peu en arrière, était une ouverture pouvant admettre l'extrémité du pouce. On pénétrait, par là, dans un nouveau

(1) Leudet, *Arch. gén. méd.*, 1859.
(2) Lebert, *loc. cit.*

foyer, contenant les mêmes matières que le premier et remontant jusqu'au rein. L'aponévrose iliaque était noirâtre, creusée et perforée en plusieurs points. Les muscles iliaque et carré des lombes étaient également noirâtres ; leurs fibres, ramollies et réduites en bouillie, avaient une odeur gangréneuse (1).

Quoi qu'il en soit, ces faits sont heureusement exceptionnels et la source des accidents les plus graves est bien ordinairement dans la péritonite. On trouve alors le péritoine injecté dans tout ou partie de son étendue, couvert, en beaucoup d'endroits, de fausses membranes et renfermant de nombreuses collections purulentes autour du cœcum, dans le voisinage du foie et de la rate, entre les feuillets de l'épiploon, etc. La matière de l'épanchement est généralement d'un gris-jaunâtre, très-fétide avec une odeur fécale. D'autres fois, c'est un liquide séro-purulent, à la surface, et le mélange avec les matières fécales ne se trouve que dans les fosses iliaques et dans le bassin.

Les perforations sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. D'après Lebert, elles sont dans le rapport de cinq à deux. Voici, sur vingt-quatre observations, comment elles se règlent par rapport à l'âge :

(1) Grisolle, *Arch. gén. de méd.*. 1839.

De	5	ans	à	10	ans	1
»	10	»	»	15	»	4
»	15	»	»	20	»	4
»	20	»	»	25	»	5
»	25	»	»	30	»	1
»	30	»	»	35	»	3
»	35	»	»	40	»	3
»	40	»	»	45	»	2
»	»	»	»	75	»	1
					Total	24

— Cette petite statistique prouve bien que la perforation se fait souvent à la suite de la simple typhlite. Si, en effet, elle avait toujours pour point de départ une cause mécanique, on ne pourrait comprendre pourquoi cette maladie serait surtout fréquente entre dix et vingt-cinq ans. Il serait plus rationnel, au contraire, qu'elle augmentât de fréquence avec l'âge, puisque c'est précisément vers la fin de la vie que les concrétions calculeuses se trouvent en assez grand nombre dans le tube intestinal.

La fosse iliaque droite est le siége de nombreux phlegmons de nature et d'origine diverses, qui, lorsqu'ils suppurent, ce qui est leur terminaison la plus habituelle, les phlegmons puerpéraux en particulier (1), peuvent perforer le cœcum ou son appendice

(1) Bauchet, *Gaz. hebd.*, 1862.

et se vider dans leur intérieur. Un travail inflammatoire tuberculeux ou cancéreux, des sacs hydatiques, etc., ont pu provoquer de ces perforations de dehors en dedans. Lebert a même vu un anévrysme s'ouvrir dans l'intestin. La périthyphlite développée sans perforation primitive, par simple propagation inflammatoire au travers des parois, peut aussi suppurer, terminaison plus rare que la résolution, et se vider dans le cœcum.

Une chose curieuse, c'est que, lorsque le pus se vide dans l'intestin, il est bien rare de rencontrer des matières dans le foyer. Dupuytren (1) explique cette particularité par trois raisons : la première, c'est que les abcès se vident graduellement ; la seconde est tirée de l'obliquité de l'ouverture ; la troisième enfin du décollement de l'intestin qui fait office de soupape.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'abcès a perforé le cœcum, la muqueuse ne tarde pas à s'enflammer. L'inflammation se propage à la tunique musculaire qui perd bientôt ses propriétés contractiles ; l'intestin, ne pouvant plus réagir, se laisse peu à peu distendre par les matières et il se déclare une typhlite secondaire qui peut, à son tour, aggraver la périthyphlite qui l'a produite.

La périthyphlite suppurée ne se vide pas toujours dans l'intestin, ce qui est une terminaison considérée

(1) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III.

comme heureuse. Elle peut venir ouvrir la paroi abdominale, comme on en voit un exemple dans une de nos observations. On en a vu se faire jour dans la vessie, le vagin, l'utérus, la cavité cotyloïde, la veine cave inférieure, ou fuser dans la région inguinale; il est des cas où, remontant jusqu'au diaphragme et le traversant, le pus a pénétré dans la cavité pleurale et dans le péricarde (1). Bauchet cite le cas où l'abcès avait suivi l'artère crurale et était venu sortir à la partie postérieure de la cuisse (2). Enfin, on a observé, comme terrible complication de ces migrations purulentes, la perforation des aponévroses qui protégent le psoas et le carré des lombes, et la gangrène partielle ou totale de ces muscles. Seuls, les nerfs et les vaisseaux qui traversent les foyers de ces abcès résistent à la destruction générale. Pourtant on a vu des phlébites se terminant par oblitération des veines et souvent alors des œdèmes plus ou moins étendus (3).

(1) August Foerster, *loc. cit.*

(2) Bauchet, *loc. cit.*

(3) Bamberger, *Handbuch der speciellen pathologie und therapie*, 1864.

Symptomatologie.

La maladie est précédée ordinairement de prodromes. Avant d'atteindre un haut degré d'intensité, la typhlite s'annonce par quelques coliques et du catarrhe intestinal se répétant de temps en temps ; phénomènes qui sont dus, dans un grand nombre de cas, à une accumulation de matières fécales dans le cœcum. Aussi les malades accusent-ils de vives douleurs dans le ventre et se plaignent-ils alternativement de constipations et de diarrhées.

D'autres fois, sans prodromes, une inflammation violente, dénoncée par un frisson, et promptement suivie d'une ulcération intestinale, se déclare dès le premier arrêt des matières fécales dans le cœcum. Alors, suivant le mécanisme que nous avons indiqué dans l'étiologie de la typhlite, la membrane musculaire ne tarde pas à perdre la faculté de se contracter, et l'occlusion intestinale devient d'autant plus grave. Il peut bien arriver que des masses muqueuses ou mucoso-sanguinolentes, produits du catarrhe de la partie inférieure du gros intestin, soient vidées par le rectum ; mais la défécation proprement dite fait défaut (1). Le

(1) Niemeyer, *loc. cit.*

contenu de l'intestin grêle, ne pouvant suivre, par en bas, son cours ordinaire, résiste aux mouvements péristaltiques de l'intestin. Les muscles intestinaux se contractent alors en sens inverse et il en résulte des mouvements anti-péristaltiques qui repoussent en haut les résidus de la digestion. Arrivé dans l'estomac, le contenu de l'intestin y détermine aussitôt une violente irritation qui produit des nausées et des vomissements. D'abord, l'estomac rejette des aliments, plus tard des matières vertes, amères, bilieuses, enfin, dans des cas heureusement plus rares, un liquide brunâtre, d'une saveur nauséabonde et d'une odeur stercorale.

Bientôt, la plus grande partie du gros intestin participe à la paralysie qui vient de frapper la tunique musculaire du cœcum. Elle se laisse alors distendre par les gaz, et l'on observe un météorisme parfois considérable. C'est en vain que le malade rend, en abondance, des vents par l'anus ; ils se reproduisent avec rapidité dans le point où s'est fait l'arrêt des matières, et leur expulsion n'amène aucun soulagement. La soif est vive et inextinguible ; l'eau seule, et souvent à une basse température, peut être supportée. Les urines sont colorées en rouge sombre et très-pauvres en chlorures (1). La transpiration est presque nulle. Les besoins d'uriner sont fréquents.

D'après les symptômes que nous venons de décrire,

(1) Bamberger, *loc. cit.*

il est facile, on le voit, de conclure qu'un obstacle à la progression des matières a dû se déclarer sur un point du conduit intestinal. Il est des cas, il est vrai, mais ils sont rares, où la fosse iliaque droite n'accusant qu'une faible douleur, et la palpation ne faisant sentir aucune trace de tumeur dans cette région, on pourrait conserver quelques doutes sur la nature de l'obstacle. Mais ordinairement de violentes douleurs viennent s'ajouter à la constipation, et une tumeur caractéristique ne permet plus l'erreur. Les douleurs siégent d'abord dans toute la région hypogastrique, viennent ensuite se localiser à droite dans la région cœcale et suivent une marche intermittente ou des exacerbations violentes sont suivies, pendant un temps plus ou moins long, d'un calme presque complet. Mais la pression la plus légère ou le plus petit mouvement tend à les exaspérer. La tumeur présente à la palpation, que le malade redoute extrêmement, la forme d'un cylindre de grosseur variable, légèrement mobile latéralement, et qui va de la fosse iliaque jusqu'au bord inférieur des fausses côtes. A sa forme et à sa situation, il est facile de la reconnaître pour le cœcum fortement induré. — C'est à cette période que la résolution commence, si la maladie doit avoir une heureuse terminaison. Des tranchées des plus douloureuses annoncent le rétablissement du cours des matières dans l'intestin, et des selles, d'une odeur repoussante, sont bientôt évacuées en quantité par-

fois considérable. Les vomissements s'arrêtent aussitôt et la tumeur s'affaisse, mais ne disparaît pas complétement, puisque la congestion des parois intestinales concourait, en grande partie, à la constituer.

Mais malheureusement, il s'en faut que la maladie suive toujours une marche aussi bénigne. La plupart du temps, l'inflammation, faisant des progrès, gagne, de proche en proche, l'enveloppe péritonéale des anses intestinales voisines de la paroi abdominale, ainsi que le tissu cellulaire qui fixe le cœcum contre le fascia iliaca. La péritonite, en prenant de l'extension, rend plus générale la sensibilité du ventre, et, élargissant la tumeur, lui fait perdre de ses apparences cylindriques. Les douleurs augmentent alors d'acuité dans la fosse iliaque et une sensation d'engourdissement dans la cuisse droite dénonce le développement de la périty phlite. Le psoas iliaque s'infiltre, ne peut plus se contracter et met la jambe dans l'impossibilité de se soulever. Le malade est, dans ce cas, couché sur le côté droit, le corps penché en avant. Cette position, instinctivement choisie, met dans le relâchement les muscles abdominaux et le psoas iliaque. Tout dérangement est pour lui extrêmement redoutable, car il s'accompagne toujours des douleurs les plus vives. La face est blême ; le pourtour de la bouche et du nez est de nuance jaunâtre ; tandis que les yeux sont cernés d'un cercle gris-bleuâtre. Son regard est abattu, incertain, terne ; sa peau a perdu

son luisant normal. Les mains sont froides, les pieds le plus souvent couverts de sueurs; tout l'individu, en un mot, est marqué d'un cachet particulier de tristesse et d'abattement (1).

Chez les enfants, on peut, à la suite de l'inflammation et de l'obstruction du cœcum, voir apparaître des mouvements reflexes. Dans une observation, que nous avons sous les yeux, l'obstruction avait lieu un peu au-dessus du cœcum. Des contractions, d'abord fibrillaires, commencent dans les muscles de la face, deviennent ensuite cloniques, gagnent le cou, le thorax, le membre supérieur, le tronc, enfin le membre inférieur du côté droit. Ces mouvements convulsifs sont rapides et plus ou moins violents. Ils donnent à la face une expression hideuse et grimaçante, comparable aux contractions des aliénés épileptiques. C'est d'abord une raideur tétanique de tout le corps, qui fait rapidement place à un tremblement épileptiforme dans certaines parties du corps et, particulièrement, dans les muscles de la face et du tronc. Ces convulsions n'occupent toujours qu'un seul côté à la fois; elles alternent le plus souvent et sont plus prononcées à droite qu'à gauche. Du reste, elles sont fort rares.

Arrivée à ce point, la maladie peut encore s'arrêter dans son développement et même il n'est pas rare de lui voir reprendre une marche décroissante. Dès

(1) Albers, *loc. cit.*

que la typhlite a disparu, les inflammations secondaires ne tardent pas, le plus ordinairement, à s'arrêter, et les exsudats, disséminés çà et là, se résorbent insensiblement. En ce cas, la douleur abdominale diminue peu à peu ; l'empâtement, qui s'était avancé de la fosse iliaque vers la ligne médiane, revient sur lui-même, tend à se limiter de nouveau et s'achemine vers la résolution. Les douleurs et l'engourdissement de la cuisse droite cèdent à leur tour et, le psoas iliaque retrouvant sa puissance contractile, la cuisse peut se mouvoir sans difficultés.

Il peut se faire encore que, la typhlite disparaissant, il reste dans le péritoine un exsudat enkysté qui ne se résorbe point, entretient une péritonite chronique et détermine la fièvre hectique à laquelle succombe le malade ; ou bien qu'une péritypphlite, arrivée à un point de développement assez avancé, progresse, dans le tissu cellulaire péricœcal, d'une manière tout à fait indépendante des lésions inflammatoires du cœcum. Enfin, dans des cas plus malheureux encore, un ou plusieurs ulcères de la muqueuse cœcale peuvent s'avancer en profondeur dans la paroi intestinale, la perforer et avec elle, bien souvent, des organes du voisinage. Lorsque l'ulcération du cœcum se fait rapidement et que la perforation a lieu avant que des adhérences n'aient eu le temps de se former, l'inflammation s'étend bientôt à toute la séreuse et l'on a à craindre une terminaison fatale. Toutefois cet accident

est assez rare, car, la perforation se faisant plus souvent à la partie postérieure du cœcum, on voit plutôt survenir une périty phlite qui peut se terminer alors de façons très-variées quand elle arrive à la suppuration. Du reste, nous aurons à y revenir plus loin.

D'après Merling (1), la typhlite de l'appendice, qu'elle soit spontanée ou déterminée par la présence de corps étrangers ou de matières fécales, s'annonce par des symptômes beaucoup plus graves et s'accompagne d'un grand danger. Dès le début, on observe, dit cet auteur, de la douleur, de la tuméfaction, bornée d'abord à la fosse iliaque droite, mais plus tard s'étendant plus ou moins dans le reste du ventre. Il s'y joint de violentes coliques, quelquefois de la constipation, de la fréquence, de la petitesse, de la concentration du pouls, de la chaleur de la peau, de la sécheresse de la langue, une soif insupportable, de la douleur et de l'engourdissement dans la cuisse iliaque droite, de la rétraction du testicule du côté droit. Il s'y joint des vomissements qui souvent deviennent stercoraux. La figure se grippe et la mort peut survenir du troisième au sixième jour.

Merling a confondu, nous n'en doutons pas, l'inflammation de l'appendice avec sa perforation et les accidents péritonéaux qui peuvent en être la conséquence. Son opinion, sans cela, serait inconciliable avec celle

(1) Merling, *Journ. l'Expérience*, 1838.

de tous les observateurs. D'après ceux-ci, en effet, la typhlite, bornée à l'appendice, présente bien, il est vrai, quelques douleurs dans le côté droit ; mais ces douleurs sont généralement si faibles et si fugaces qu'il est réellement rare qu'on puisse y attacher une signification sérieuse. Mais, lorsque l'ulcération a traversé les tuniques intestinales et perforé le péritoine, la maladie se reconnaît alors à l'apparition subite d'accidents graves et douloureux, suivis de tous les symptômes de la péritonite partielle ou de la périty-phlite. Seulement il est parfois difficile de reconnaître quel est, du cœcum ou de l'appendice, le point de départ de ces symptômes. L'absence de prodromes, le manque de constipation et de vomissements, et surtout l'absence de la tumeur caractéristique de la typhlite, sont les seuls signes qui puissent lever les hésitations.

Dans le cas même où la perforation de l'appendice et la sortie des matières qu'il contient dans le péritoine ou le tissu cellulaire péri cœcal, ont produit une péritonite ou une périty phlite, la maladie peut suivre la marche rétrograde que nous avons décrite plus haut et arriver à la guérison. Cela arrive ainsi lorsque l'inflammation progresse lentement, fait contracter des adhérences aux organes voisins, entre eux et avec l'appendice, et protége ainsi la cavité péritonéale de l'épanchement des matières qui se fait après la perforation. Ces adhérences deviennent quel-

uefois si solides qu'elles limitent un véritable kyste ui contient dans son intérieur toutes les substances verses qui ont pu s'y déverser de l'intestin. D'autres is la perforation s'étant rapidement et fortement ei-trisée, l'abcès peut s'ouvrir à l'extérieur, se vider, fermer et guérir.

Mais, quand les accidents de la perforation doivent oir une marche fatale, ils sont continus, sans in-rruption, et la mort survient, dans la majorité des s, du troisième au cinquième jour de la maladie, ceptionnellement du sixième au huitième et plus rd encore. Après avoir été fort graves, les symptômes calment, un mieux apparent s'établit ; mais des gnes fâcheux ne tardent pas à se manifester de nou-au et les malades succombent alors du quatorzième seizième jour (1). En analysant vingt-quatre cas mort, observés par Lebert, on trouve : sept morts bout de trois jours, trois morts après quatre jours, pt après cinq jours, une après six jours, deux après pt jours, une après huit jours, une après quatorze urs, une après seize jours.

Il faut pourtant reconnaître que, en général, la per-ration de l'appendice vermiforme se fait dans des nditions anatomiques spéciales qui favorisent la calisation de la maladie. Parmi ces conditions, que reste nous avons étudiées plus haut, il faut placer,

(1) Lebert, *loc. cit.*

au premier rang, le peu de mobilité du renflement cœcal et l'adhérence qui existe souvent entre l'appendice et cette partie du tube digestif. Aussi les symptômes de cette perforation sont-ils fréquemment localisés.

Quant à la perforation de l'appendice, que nous avons vu, dans l'étiologie, pouvoir être consécutive a des lésions tuberculeuses, les signes sont souvent nuls, ou du moins sans valeur (1). Du reste, dans la perforation de l'intestin grêle lui-même chez les phthisiques, on a souvent occasion de voir à l'autopsie des traces manifestes de péritonite qu'il eût été impossible de soupçonner pendant la vie.

Quoi qu'il en soit, lorsque la typhlite, avec ou sans perforation, et ses conséquences péritonéales ou péri-cœcales, sont arrivées à la guérison, il est bien rare que des adhérences ne se soient pas formées entre le cœcum et les parties voisines ; adhérences qui sont souvent assez fortes pour occasionner des flexions ou des changements de situation de l'intestin. Cette cause, jointe au rétrécissement cicatriciel qui succède normalement aux ulcérations qui avaient envahi le cœcum presqu'en entier, explique la constipation, souvent opiniâtre, que l'on constate chez les individus guéris de typhlites, constipations bien souvent suivies de catarrhe chronique.

(1) Leudet, *Arch. gén. de méd.*, 1859.

Ce catarrhe produit un mucus visqueux, qui ta-sse la muqueuse intestinale, gêne la résorption, et il est sur une grande étendue, peut porter plus ou oins atteinte à la nutrition. Ce mucus agit, en outre, r les matières fécales qui viennent s'arrêter dans le œcum, à la manière d'un ferment. Il en détermine décomposition et favorise ainsi le dégagement une quantité parfois considérable de gaz, qui occa-onnent les symptômes les plus pénibles. L'abdomen tend, le diaphragme, repoussé en haut, gêne la espiration et la compression des vaisseaux peut ame-er des phénomènes congestifs en divers points. Cet at préoccupe vivement les malades, ils sont inquiets, urmentés, et leurs plus chers intérêts les trouvent ouvent indifférents. Il n'est pas rare de rencontrer, l'autopsie des lypémaniaques, de ces flexions et éplacements de l'intestin qui ont amené un catarrhe hronique, avec constipation habituelle et troubles u côté de la nutrition. Parfois cette constipation abituelle se trouve interrompue, passagèrement, par e violentes coliques et des diarrhées qui donnent des elles formées de mucus et de matières d'une fétidité aractéristique. Il est très-probable que la décompo-ition des fèces accumulées dans le cœcum donne aissance à des produits dont l'action irritante sur intestin transforme l'état chronique en catarrhe aigu. et incident se présente fréquemment, en effet, sans ause extérieure appréciable.

Quelquefois, mais plus rarement, le catarrhe chronique peut s'accompagner d'une hypersécrétion de la muqueuse, et, dans ce cas, la diarrhée est habituelle. Cette forme, tout en donnant lieu à des phénomènes fatigants pour le malade, est néanmoins beaucoup moins pénible. Les selles se composent alors de mucosités abondantes, filantes, quelquefois puriformes, et plus ou moins mélangées de matières ramollies et de quelques fragments d'aliments incomplétement digérés. D'autres fois, enfin, la constipation alterne avec la diarrhée.

Quand l'inflammation du cœcum s'est propagée, sans perforation, au tissu cellulaire ambiant, malgré le retour des selles et la disparition de la constipation qui dénotent la résolution de la typhlite, on sent dans la fosse iliaque droite, autour ou sur un des côtés du cœcum, dont souvent on peut percevoir encore l'induration propre, une tumeur ordinairement arrondie, douloureuse à la pression, difficile à déplacer. La douleur va en s'irradiant vers l'ombilic; le malade a de l'inappétence, rarement des nausées; les traits sont altérés, il n'y a ni frisson, ni fièvre.

Nous insistons beaucoup sur cette absence du frisson dans le début de la périty phlite, car on le rencontre toujours dans la typhlite. M. Grisolle l'avait déjà noté (1), et Albers lui-même s'exprime ainsi à ce

(1) Grisolle, *loc. cit.*

propos (1) : « Il est remarquable que, dans cette affection, on ne rencontre point de frisson au début. Ce fait a déjà été signalé par Puchelt (2). On le rencontre dans Posthuma (3) et de Poujérac, et il se trouve également confirmé dans les faits que j'ai observés. »

Ce phénomène négatif, absence de frisson, peut avoir et a certainement une grande valeur diagnostique pour différencier la typhlite de la périthyphlite, mais il n'a en lui-même rien de remarquable, car il est commun à la plupart des phlegmons de la fosse iliaque.

La tumeur périthyphlitique, dure et rénitente au toucher, est sans bosselures et ne présente aucune adhérence avec la paroi abdominale. Elle est située, on le sait, dans le tissu cellulaire qui unit lâchement le cœcum au fascia iliaca. Elle est le plus souvent globuleuse, peu mobile, mais, dans les quelques mouvements qu'on peut lui imprimer, mobile à peu près également dans tous les sens. Il faut se rappeler que la tumeur de la typhlite est, au contraire, cylindrique et mobile seulement latéralement. La percussion donne un son mat sur toute son étendue. Mais il faut savoir qu'une anse intestinale peut venir se placer au devant et devenir une cause d'erreur plessimétrique.

Quant à la constipation partout notée, nous pensons que le plus ordinairement elle est due à la ty-

(1) Albers, *loc. cit.*
(2) Puchelt, Heidelherg, *Klinische annalen.*
(3) Posthuma, *De intestini cœci,* etc., *pathologia*, 1836.

phlite qui, lors même qu'elle doit se résoudre rapidement, subsiste toujours encore au début du phlegmon dont elle est l'origine. Du reste, l'on comprend que, lorsque la périty phlite occupe une certaine étendue, elle puisse devenir une cause mécanique de compression du cœcum, et, par cela même, un obstacle au cours naturel des matières dans le gros intestin. Mais, en général, son volume est insuffisant pour expliquer ces phénomènes.

Lorsque la périty phlite doit se terminer par résolution, ce qui, lorsqu'elle n'est pas produite par une perforation intestinale, est le cas le plus ordinaire, sa disparition est extrêmement lente et n'est complète qu'au bout de quinze, vingt, trente jours, et assez souvent deux mois. Alors, presque en même temps que la typhlite, elle se réduit peu à peu, les selles reprennent leur cours habituel, l'appétit se réveille, et l'on sent, chaque jour davantage, revenir la souplesse normale dans la région qu'occupait l'inflammation. Il peut se faire encore qu'au lieu de se résoudre aussi facilement, le phlegmon se termine par induration (1). Alors, loin de retrouver la souplesse primitive, on sent pendant longtemps, des mois et des années, dans la fosse iliaque droite, des noyaux fortement indurés, le plus souvent indolents et roulant légèrement sous le doigt. Mais cette terminaison est plus rare que la simple résolution.

(1) Bauchet, *loc. cit.*

Nous devons encore insister ici sur cette tendance, dont nous avons déjà parlé, du phlegmon périty phlitique à se terminer par résolution. C'est un des caractères qui le différencient le plus d'avec les autres tumeurs inflammatoires de la fosse iliaque qui ont une tendance tout à fait contraire et pour lesquelles la suppuration est presque la règle.

Lorsque la périty phlite doit se terminer par suppuration, elle affecte, en général, une allure sub-aiguë; sa marche est lente. Le pus ne se forme que peu à peu. C'est ordinairement vers le vingtième ou trentième jour qu'il apparaît. — Cette lenteur tient-elle, ainsi que le voudrait M. Grisolle, à la structure lamelleuse du tissu cellulaire péri-cœcal qui est presque complétement dépourvu de vésicules graisseuses, tout au contraire du tissu cellulaire qui suppure facilement, tel que celui des membres, des fesses, de l'anus, etc., etc.? – Pendant que le pus se forme, la douleur devient lancinante; la fièvre apparaît; l'altération des traits se prononce de plus en plus. Il survient le soir des frissons, la nuit des sueurs profuses. Enfin l'on peut quelquefois percevoir la fluctuation dans la tumeur.

Quand le pus s'est collecté en foyer, deux choses peuvent avoir lieu : ou bien la tumeur proémine, contracte des adhérences avec la paroi abdominale qui, rouge, luisante et tendue, finit par se perforer et livrer issue au liquide ; ou bien la tumeur s'affaisse et

disparaît rapidement quand le pus a pris une autre direction.

Dans ce dernier cas, le pus s'ouvre le plus souvent un passage dans le cœcum. Menière (1) prétend l'avoir vu pénétrer dans le tube intestinal par l'appendice vermiforme. Cela certes est possible, mais on se demande, devant cette observation, si la perforation de l'appendice, loin d'être la conséquence de la périthyphlite, n'en serait pas plutôt le point de départ ?

Nous avons vu, dans l'anatomie pathologique, et nous devons le répéter ici, que ces abcès peuvent aller se vider dans tous les organes du voisinage (rectum, vessie, vagin, utérus, cavité cotyloïde, veine cave inférieure, etc., etc.). Albers cite un cas de périthyphlite dans lequel le pus, après avoir traversé le diaphragme, se serait épanché dans la plèvre. Foerster (2) prétend que le péricarde même a été perforé. Puchelt (3) donne une observation dans laquelle le cœcum et la paroi abdominale avaient été simultanément perforés, et il s'était établi là un anus contre nature. Dupuytren (4) rapporte un cas analogue. — Henri Johnson (5) parle d'un abcès périthyphlitique

(1) Menière, *loc. cit.*
(2) Foerster, *loc. cit.*
(3) Puchelt, *loc. cit.*
(4) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III.
(5) Henri Johnson, *Med. chirurg. review*, 1856.

ouvert dans la vessie. Enfin, dans la dix-huitième observation du second mémoire de Menière, la tumeur s'était ouverte, à la fois, par le cœcum, la vessie et la peau.

Quand le pus se vide dans l'intestin, on trouve tantôt une seule perforation, tantôt plusieurs, à côté les unes des autres ou bien disséminées à des distances variables. La perforation est ordinairement oblique, en sorte que la solution de continuité de chacune des tuniques intestinales ne correspond point directement aux autres et que les liquides ne peuvent passer qu'en s'insinuant entre les membranes décollées. Un bourrelet saillant entoure en outre l'orifice le plus externe de la perforation. Ces particularités expliquent que l'on ne trouve jamais de matières fécales dans le foyer périty phlitique, et que l'évacuation du pus se fasse habituellement par intermittence et jamais d'une façon continue. C'est le plus souvent vers la troisième ou la quatrième semaine que se fait la perforation intestinale, rarement dans les quinze premiers jours, quelquefois deux ou trois mois après le début de la maladie.

On peut croire parfois à la simple résolution de la tumeur et le pus, s'écoulant lentement, passe inaperçu dans les selles. Mais ordinairement l'abcès se vide tout à coup dans l'intestin ; la tumeur s'affaisse et disparaît. Le malade éprouve subitement un violent besoin d'aller à la garde-robe et quelques efforts

suffisent à provoquer une ou plusieurs selles d'un pus parfois sanieux, mais ordinairement blanchâtre, bien lié et sans odeur. Lorsque l'abcès, après s'être vidé en partie par l'intestin, perfore la paroi abdominale, le pus est alors séreux, grisâtre, extrêmement fétide. Avec lui, peuvent s'échapper de la plaie quelques bulles de gaz provenant du tube digestif.

Alors même que la maladie marche vers une terminaison funeste, quelle que soit l'issue par laquelle le pus s'est écoulé, intestin, vessie, vagin, paroi abdominale, cette évacuation s'accompagne d'un grand soulagement et d'un sentiment de bien-être qui peut persister assez longtemps. Si l'on n'était prévenu, on serait tenté de se laisser aller à l'espérance et on s'exposerait ainsi à une grave erreur de pronostic. A ce moment-là il est difficile de savoir comment se terminera l'affection et l'on doit rester dans une réserve prudente. Car, le plus souvent, l'écoulement s'arrête, la fièvre se rallume, la tumeur se reforme et, de nouveau, s'évacue par la première voie ou par une nouvelle. Enfin, ces alternatives, si elles se prolongent, peuvent, on le comprend, conduire bientôt le malade au dernier degré d'épuisement.

La durée de la suppuration dépend de beaucoup de circonstances parmi lesquelles nous citerons : le tempérament du malade et l'état de ses forces, l'étendue de la périty phlite, la déclivité plus ou moins considérable du foyer, etc. En général les abcès périty-

phlitiques qui guérissent le plus vite sont ceux qui s'ouvrent dans l'intestin (1). Ils cessent de couler, en moyenne, vers le neuvième ou dixième jour. Quant aux abcès ouverts à l'extérieur, il peut s'y présenter des complications. Les bords deviennent fongueux ou sont le point de départ d'un érysipèle, etc. Blandin (2) cite le fait très-curieux d'une hernie du cœcum à travers la plaie.

Mais le plus redoutable de tous les accidents que peut occasionner la périty phlite est, sans contredit, la péritonite. Lorsqu'elle est sub-aiguë et locale, elle peut être méconnue, car ses symptômes se confondent parfois avec ceux de la périty phlite. Elle se termine du reste, le plus ordinairement, par la formation d'adhérences protectrices et le pus, restant enkysté, finit par se faire jour soit à l'extérieur, soit dans l'intestin. Mais, lorsque la séreuse entière participe à l'inflammation, la douleur s'étend rapidement à tous les points de l'abdomen, le pouls devient petit et dur, la face est grippée, des vomissements surviennent et, dans l'espace de quelques jours, parfois de quelques heures, la mort termine la maladie.

La péritonite aiguë généralisée consécutive à la périty phlite peut survenir, soit par propagation de l'inflammation du tissu sous-séreux à la séreuse, soit par la

(1) Grisolle, *loc. cit.*
(2) Blandin, *Anat. chirurg.*

brusque rupture, dans le péritoine, de l'abcès ou de la poche d'une péritonite circonscrite. Ces deux formes se distinguent par l'époque de leur apparition. Dans la première, en effet, les accidents se montrent à une période en général assez voisine du début de l'affection; tandis que la seconde survient, ordinairement, à une époque plus ou moins éloignée. Le docteur Perrochaud (1) en rapporte un cas où le malade était tellement épuisé, que l'ouverture d'un abcès dans le péritoine le tua subitement. Nous avons raconté, plus haut, un fait analogue.

Pourtant nous pensons, d'après toutes les observations qui nous sont passées sous les yeux, que, si la péritonite est redoutable, elle est encore relativement rare et que, lorsque la terminaison est funeste, les malades succombent, le plus souvent, à l'épuisement causé par des suppurations interminables, joint à un trouble profond apporté dans les fonctions du tube digestif.

Dans ce cas, la mort arrive habituellement un ou deux mois après que s'est ouvert l'abcès. L'amaigrissement augmente chaque jour, la fièvre apparaît d'abord le soir, puis s'établit en permanence ; la langue est sèche, l'appétit nul, la soif vive ; tous les signes de la résorption purulente se déclarent ; des

(1) Perrochaud, *Bull. de la Soc. anat*, 12e année.

suppurations métastatiques (1) de tous les viscères surviennent, des éruptions milliaires surgissent de tous côtés; enfin des sueurs profuses et des diarrhées intarissables emportent le malade.

(1) Bamberger, *loc cit.*

Diagnostic. — Pronostic.

Après les symptômes que nous venons de décrire, il reste peu de choses à dire sur le diagnostic de la typhlite et de la périty phlite. On peut confondre ces deux affections entre elles, avec un simple amas de matières fécales, avec un cancer du cœcum, l'iléus, la péritonite circonscrite, la psoïtis, l'engorgement des ganglions mésentériques, les tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque droite. Un symptôme commun à ces deux affections, mais presque caractéristique et qui doit toujours attirer l'attention du médecin, c'est la douleur vive dans la fosse iliaque droite. Une péritonite circonscrite de cette région pourrait peut-être donner lieu au même phénomène, à la suite d'une perforation intestinale. Mais, la plupart du temps, cette perforation aurait eu lieu précisément dans le cœcum ou son appendice. Du reste, dans la péritonite circonscrite, la partie saillante et douloureuse est plus ou moins élastique. Elle varie d'un moment à l'autre, quant aux résultats de la percussion ; car, suivant le degré de l'épanchement et surtout suivant la quantité des gaz emprisonnés dans les anses intestinales, elle est tantôt plus, tantôt moins sonore. Or nous savons que rien de semblable ne s'ob-

serve, pas plus dans la typhlite que dans la périty-phlite.

Dans la typhlite, on rencontre toujours des accidents prodromiques du côté de l'estomac. Ce sont des gastralgies de diverses natures, des nausées, des vomissements. La constipation est opiniâtre et fatigue beaucoup le malade; parfois des quantités considérables de gaz s'échappent par l'anus. Un frisson, pouvant se répéter à des intervalles plus ou moins éloignés, marque toujours le début de la maladie. Enfin, à la palpation, il devient difficile de conserver des doutes lorsque l'on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur cylindrique, extrêmement douloureuse à la pression, s'étendant le plus souvent jusqu'au rebord des fausses côtes, à laquelle on peut imprimer des mouvements de latéralité, tandis que ceux essayés dans l'axe du corps sont absolument impossibles. On ne peut méconnaître là le cœcum enflammé. Et même, en touchant avec attention, on pourrait, aux irrégularités situées sur le trajet du cylindre cœcal, reconnaître si le tissu cellulaire ne va pas s'enflammer et devenir le siége d'une périty phlite.

Un simple dépôt de matières stercorales ne peut réellement être pris pour une typhlite. L'exploration facile de la région, la tumeur dure, bosselée, indolente, ne peuvent faire hésiter. Si pourtant on conservait des doutes, un purgatif, faisant disparaître complétement la tumeur, ce qui n'a pas lieu dans la

typhlite, sera une preuve décisive. — L'étranglement interne provoque des vomissements d'une nature spéciale et n'a vraiment de commun, avec la maladie qui nous occupe, que la constipation. Dans l'indécision, un purgatif est encore un bon moyen de diagnostic. — Le psoïtis ne débute pas comme la typhlite, il n'occasionne pas de phénomènes du côté des organes digestifs, il en diffère enfin dans la marche et la terminaison.

Quant à la perforation qui est la conséquence de la typhlite, on peut également la reconnaître à des signes particuliers. C'est l'apparition subite d'accidents graves et douloureux, suivis de tous les symptômes de la péritonite ou de la périty phlite. La constipation n'est pas complète comme dans l'iléus. Les selles ne se composent pas de mucosités sanguinolentes, comme dans l'invagination. Les malades, après avoir été constipés, ont quelques selles liquides, jaunâtres, peu abondantes. Il est important enfin de noter aussi dans ce cas que les symptômes locaux les plus intenses ont lieu dans la région cœcale.

S'il s'agit maintenant de savoir si la perforation a eu lieu dans le cœcum ou dans son appendice, le cas devient plus difficile, car il n'existe aucun signe ou ensemble de symptômes qui permette de faire ce diagnostic. Il faut seulement se rappeler que, de toutes les variétés de perforations intestinales, la plus fréquente est celle de l'appendice, et que les individus atteints

de phthisie pulmonaire y sont particulièrement prédisposés.

Quoique la périty phlite soit toujours le résultat d'une typhlite, l'inflammation du cœcum peut être déjà parfaitement résolue lorsque l'on est appelé à reconnaître le phlegmon péri-cœcal. Les antécédents peuvent d'abord donner quelques indications. Mais néanmoins la tumeur, que l'on sent, peut être prise pour un phlegmon de la fosse iliaque, et il est difficile de se rendre un compte exact de ses rapports avec le cœcum. Lorsque l'on est ainsi dans l'embarras, on a une dernière ressource de diagnostic; c'est de remplir d'eau le cœcum au moyen d'un lavement abondant. L'intestin, devenant alors un tube plein, mat, facile à limiter, révèle aussitôt la situation de la tumeur, et ses rapports avec tous les organes du voisinage.

La périty phlite se différencie encore des autres phlegmons de la fosse iliaque par son mode de terminaison, sur lequel nous avons insisté déjà dans la symptomatologie. Presque tous les phlegmons de la fosse iliaque se terminent par suppuration, ceux en particulier qui ont une origine puerpérale. La périty phlite, au contraire, a une tendance extrême à la résolution.

Une tumeur cancéreuse pourrait-elle être confondue avec la périty phlite? Nous ne le pensons pas. La marche de la maladie suffit amplement pour éclairer

le diagnostic. La même réflexion s'applique aux kystes de l'ovaire. Quant à l'ovarite aiguë, l'erreur peut être difficile à éviter, surtout au début, lorsque l'on n'a pas recours aux antécédents.

Pour distinguer un abcès du rein d'un abcès péricœcal, il ne faut pas seulement avoir égard à la position, car l'organe peut être déplacé; mais on doit observer les troubles qui surviennent dans l'excrétion urinaire et les altérations de l'urine. M. Nélaton rapporte un fait où le rein déplacé et logé dans la fosse iliaque droite avait été pris pour un phlegmon de cette région.

Une des observations que nous publions montrera qu'une typhlite, ayant pris un développement énorme, a pu être confondue avec un kyste hydatique du foie. Nous ne pensons pas pourtant qu'on ait lieu souvent d'être exposé à une pareille méprise.

Quant au pronostic, il doit différer, on le comprend facilement, suivant que l'on a affaire à une typhlite simple, à une typhlite avec perforation, à une périty-phlite, avec ou sans perforation, suppurée ou non suppurée. Il est encore important de connaître bien l'état du malade, et de savoir si l'organisme est capable de supporter plus ou moins facilement l'évolution de la maladie.

La guérison est la règle pour la typhlite simple qui a été traitée à temps. Néanmoins elle peut laisser dans le cœcum des traces, parfois fort pénibles, de

son passage. Lorsque les ulcères de la muqueuse se sont avancés profondément, la perte de substance qu'ils ont occasionnée est remplie par un tissu cicatriciel, qui devient bien souvent la cause de rétrécissements très-prononcés du gros intestin. De là une constipation opiniâtre, qui entraîne ordinairement avec elle des troubles nombreux de la digestion, et qui se termine parfois par une entérite chronique, qui occasionne, chez les malades, des malaises dont on a grand'peine à les soulager.

La périty phlite, avons nous dit, lorsqu'elle ne provient pas d'une perforation intestinale et de l'issue des matières dans le tissu cellulaire péri-cœcal, a les plus grandes tendances à se terminer par résolution. Le pronostic est donc, dans ce cas, des plus favorables. On peut conserver, pendant quelque temps, un noyau induré, à la place où siégeait le phlegmon, mais ce noyau finit par disparaître, et le ventre reprend sa souplesse primitive.

Les perforations du cœcum ou de son appendice sont fort graves. Mais le pronostic peut être relativement favorable, lorsque au lieu d'une péritonite suraiguë généralisée, qui entraîne généralement la mort du malade, on a une péritonite circonscrite, ou mieux encore si la périty phlite seule se développe. Il est vrai que l'issue dans le tissu cellulaire péri-cœcal des matières contenues dans l'intestin conduira forcément la périty phlite à la suppuration. Mais, en

somme, les craintes d'une terminaison immédiate et fatale seront dissipées, et l'on n'aura plus qu'à courir la chance heureuse ou malheureuse d'un abcès de la fosse iliaque ; chances que des soins minutieux et une attention soutenue auront parfois peu de peine à rendre favorables.

Parmi les modes de terminaison de la périty phlite suppurée, il en est de plus ou moins graves. Suivant les auteurs, la terminaison par perforation intestinale serait la plus heureuse. Dance a beaucoup insisté sur ce point, mais M. Grisolle ne partage pas son opinion. La mort, en effet, dans les observations qu'il a rassemblées, a été au moins aussi fréquente à la suite de l'évacuation du pus par l'intestin qu'après l'évacuation du pus par toute autre voie. Mais, lorsque l'ouverture de l'abcès a lieu simultanément au dehors et dans l'intestin, le cas est des plus fâcheux.

La sortie du pus par les voies urinaires est également d'un pronostic funeste. Mais il n'est pas prouvé que, ainsi que dans le cas précédent, il le devienne davantage s'il existe en même temps une ouverture à la paroi abdominale.

D'après M. Grisolle, le passage du pus dans le vagin ne serait pas une terminaison heureuse. Cependant le peu d'accident que détermine le contact de ce liquide sur la muqueuse vaginale, et la déclivité de l'ouverture, pousseraient à croire le contraire. Du reste, de l'aveu des auteurs eux-mêmes, la sortie du

pus par le vagin peut être facilement méconnue. Or, les faits de ce genre rassemblés par M. Grisolle étant très-peu nombreux, il nous semble que la gravité de l'expulsion du pus par cette voie n'est pas encore un fait absolument démontré.

La terminaison de la périty phlite par gangrène est une des plus graves et entraîne presque toujours la mort. On a pourtant cité quelques cas de guérison, après expulsion de lambeaux de tissu cellulaire, d'aponévrose et même de muscle, complétement gangrénés. Mais ces faits sont malheureusement trop rares pour que, d'après eux, on puisse conserver quelque espérance.

Disons enfin, en terminant, que, dans la suppuration de la périty phlite, le pronostic doit être d'autant moins favorable que le malade a une constitution moins robuste ou a été plus affaibli par quelque affection antérieure. Là où un homme sain résistera facilement, succombera un organisme délabré.

En résumé, la typhlite et la périty phlite simples demandent ordinairement un pronostic favorable, à moins que le malade n'ait quelques symptômes d'une affection tuberculeuse, auquel cas on serait en droit de redouter une perforation de l'appendice.

La perforation intestinale est, d'une façon générale, d'autant moins inquiétante qu'elle a touché à une partie plus limitée du péritoine. Lorsqu'elle respecte complétement la séreuse, elle se trouve dans les con-

ditions les plus heureuses pour se cicatriser et mener le malade à la guérison.

Enfin, dans la périty phlite suppurée, la chance la plus favorable est que l'abcès n'ait qu'une seule ouverture, et que l'issue du pus se fasse dans l'intestin ou sur la paroi abdominale.

Traitement.

La première indication à remplir, lorsque l'on se trouve en face d'une typhlite, quelle que soit l'époque de son évolution, est de faire disparaître la cause qui l'a produite. Nous avons vu que l'origine la plus fréquente des inflammations du cœcum était dans l'accumulation des matières fécales. C'est donc à cette accumulation que l'on devra s'attaquer tout d'abord. Pour arriver à rétablir la circulation intestinale, nous pensons qu'il sera bon d'avoir recours à deux méthodes simultanées : les purgatifs et les lavements.

Les purgatifs réveillent les contractions intestinales et, stimulant les sécrétions de la muqueuse, ramollissent les masses stercorales, les fragmentent, les détachent et favorisent leur progression. Les lavements, de leur côté, excitent l'énergie musculaire du gros intestin, imbibent les matières les plus éloignées de l'action du purgatif et, s'ils contiennent un corps gras, de l'huile, par exemple, facilitent le glissement des fèces sur la muqueuse.

Il peut arriver que la tunique musculaire, depuis longtemps distendue et fortement comprimée, ne réagisse pas suffisamment sous l'influence de ces moyens. On peut alors, pensons-nous, employer l'électricité

pour réveiller les contractions éteintes. Elle agirait d'autant mieux, dans ce cas, que, même dans les invaginations complètes, on en a obtenu de bons résultats (Duchenne de Boulogne). Il y a pourtant une grande différence à établir entre l'invagination de l'intestin et son obstruction par des matières ou par des corps étrangers, différence qui est toute en faveur de cette dernière. En effet, les contractions violentes qui animent l'intestin, dès le début de la stagnation des matières, n'ayant pu chasser le corps obstruant, ne tardent pas à être suivies d'une paralysie musculaire plus ou moins durable. L'intestin joue le rôle de tout organe dont la fonction, surexcitée par une cause extérieure quelconque, cesse presque complétement lorsque cette fonction a été impuissante. En d'autres termes, les mouvements péristaltiques d'un intestin, excité outre mesure, finissent par être complétement abolis, par le fait même de cette excitation démesurée. L'électricité peut donc suppléer à ce défaut d'influx nerveux ou à son épuisement. Il est vrai que l'excitation produite par l'agent électrique s'épuise également. Mais il suffit d'une heure de repos, et quelquefois d'un temps moindre, pour rendre aux muscles de la vie organique leur excitabilité au galvanisme.

Lorsque l'on aura songé à débarrasser le cœcum des substances qui l'encombrent, on devra prescrire le repos, afin d'éviter les compressions que, dans les

mouvements, aurait à subir l'organe malade. Des émollients seront appliqués sur la région cœcale et des boissons acides, apportant des éléments d'oxydation, éviteront cette fonction à l'organisme, diminueront par conséquent la calorification et apaiseront notablement la fièvre.

Si nous ajoutons à ces moyens une diète modérée, afin de ne point faire passer sur l'intestin malade des substances qui pourraient encore l'irriter, nous aurons à peu près tout le traitement convenable aux cas les plus communs de typhlite, ceux qui se terminent par résolution.

Si l'affection, au lieu de s'arrêter, prend chaque jour un nouvel accroissement, l'on aura probablement à constater le développement d'une périty phlite et il faudra craindre l'existence d'ulcères profonds du cœcum. On devra, dans ce cas, se garder de purgatifs, surtout si l'on a quelques raisons de penser à une perforation. En réveillant mal à propos les mouvements péristaltiques, on s'exposerait à déchirer le fond d'un ulcère ou à détruire les adhérences salutaires qui peuvent commencer à se former autour d'une solution de continuité et qui empêchent l'inflammation de s'étendre et de se généraliser. On aurait en outre l'inconvénient de faire passer à travers la perforation une quantité plus ou moins grande des liquides sécrétés par l'intestin irrité, ce qui ne pourrait qu'augmenter la gravité de la périty phlite.

L'opium à hautes doses, pour arrêter les contractions intestinales, des bains prolongés, des lavements fréquemment répétés, afin de nettoyer sans cesse le gros intestin, sont, dans ce cas, les ressources les plus utiles.

Il n'est pas de maladie, croyons-nous, qui n'ait trouvé quelque médecin pour la traiter par les émissions sanguines. C'est dire que ce mode de médication a dû bien souvent être recommandé contre la typhlite et la périty phlite.

On ne se joue plus maintenant, avec autant de légèreté, de l'élément le plus précieux de l'organisme, et l'on sait, du reste, que les cas sont très-limités qui demandent la déplétion rapide du système circulatoire. Nous ne sommes donc, en aucune façon, partisan de la saignée dans la maladie qui nous occupe. Quelques émissions locales pourront, dans quelques cas de périty phlites fortement inflammatoires, dégorger les vaisseaux, leur permettre de se contracter et favoriser ainsi la résolution. Mais, le plus souvent, les topiques suffiront, et si plus tard le malade vient à se trouver exposé à des causes débilitantes, comme une longue suppuration, on se félicitera de ne pas avoir porté atteinte à un de ses moyens les plus puissants de résistance.

Nous pensons à peu près de la diète ce que nous pensons de la saignée. Il n'est pas raisonnable, lorsque l'on peut faire autrement, de laisser gratuite-

ment se détruire les forces d'un malade, quand au contraire il en a besoin pour lutter. En suivant les indications rationnelles fournies par l'affection, c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, en évitant d'irriter la partie lésée du tube intestinal, nous croyons qu'il faut nourrir. Il suffira pour cela de choisir, comme aliment, des substances dont la digestion se fasse entièrement dans les premières portions du canal digestif et ne laisse pas de résidus.

Lorsque la typhlite est très-aiguë ou que la périty-phlite est considérable, la potion alcoolique doit donner d'excellents résultats, en ce sens qu'elle remplit toutes les indications. Elle diminue, en effet, la tension artérielle, abaisse la température et s'oppose à la dénutrition.

Quant au traitement mercuriel ordinairement employé dans ces affections, nous le croyons parfaitement indiqué. Les préparations mercurielles ont en effet pour propriété spéciale de s'attaquer aux néoplasies et aux hyperplasies ; aussi agissent-elles contre les exsudats inflammatoires de la même façon que contre les exsudats syphilitiques. On emploiera donc les frictions d'onguent napolitain sur la région iliaque et, à l'intérieur, le calomel à doses fractionnées (0 gr., 10 en dix paquets), qui joint à la propriété thérapeutique des sels de mercure l'avantage d'être un purgatif doux et léger.

Si la périty phlite a un peu de volume ou qu'il

vienne à se présenter quelque complication péritonéale, il est un excellent moyen, fort employé dans ces temps derniers où il a donné les meilleurs résultats ; c'est l'emploi d'un enduit imperméable. Le collodion, base la plus ordinaire de cet enduit, s'étend sur une large étendue et fort souvent on le voit conduire à bien des péritonites vraiment inquiétantes ou des phlegmons très-enflammés. M. le docteur Robert de Latour a donné de son action une explication qui est loin de nous satisfaire. Nous pensons simplement, qu'en mettant complétement la peau à l'abri du contact de l'air, le collodion s'oppose à l'évaporation qui se fait normalement à sa surface. Les liquides restent donc là sous l'enduit et, baignant, sans cesse, l'épiderme et le derme, ils agissent comme un émollient. Quelle que soit la théorie qui l'explique, l'action du collodion est extrêmement puissante sur les inflammations et l'on ne saurait trop en recommander l'emploi si prompt et si facile.

Quant au traitement de la périty phlite suppurée, Dance conseille d'attendre que l'abcès s'ouvre dans l'intestin. Ce serait en effet, ainsi que nous l'avons vu, une terminaison heureuse. Mais, outre que Dance a beaucoup exagéré l'avantage de cette terminaison, il faut faire attention que, lorsqu'un abcès se développe dans la région iliaque, on ne peut jamais être sûr de l'endroit qu'il choisira pour se vider (péritoine, vessie, utérus, vagin, etc., etc.). Nous pensons donc

qu'il sera beaucoup plus prudent, dès qu'on en aura constaté la fluctuation, de donner largement issue au liquide à travers la paroi abdominale. Mais il sera nécessaire de s'assurer auparavant que le phlegmon a contracté des adhérences avec la paroi abdominale et qu'une anse intestinale ne s'est pas interposée. La percussion, dans ce cas, sera le meilleur mode d'exploration. Dupuytren a noté un accident de ce genre.

Il vaut peut-être mieux inciser couches par couches que de pénétrer directement dans le foyer. On sera sûr ainsi de ne léser aucun organe. Il faudra alors empêcher l'ouverture de se fermer et le pus de séjourner dans la cavité de l'abcès. Pour cela, on renouvellera les pansements plusieurs fois par jour, en ayant soin chaque fois d'interposer quelques brins de charpie entre les lèvres de la plaie. Le malade sera placé dans une position qui permette au pus de s'échapper facilement, et on insistera sur les injections de teinture d'iode étendue ou de permanganate de potasse.

A tous ces moyens locaux, il est bien entendu qu'on ajoutera l'emploi de toniques à l'intérieur et une alimentation raisonnable, afin de donner au malade les forces nécessaires pour résister à une suppuration qui peut être d'une plus ou moins longue durée.

Si malheureusement il vient se déclarer une péritonite généralisée, on devra, quoique ne conservant pas grand espoir, agir à l'aide des moyens indiqués contre cette redoutable affection.

Observations.

Observation I. — M X... a subi les atteintes de l'épidémie cholérique de 1865-66. D'une excellente santé jusque-là, il éprouve depuis cette époque des troubles nombreux du côté des organes digestifs : dyspepsie, diarrhées, constipations. Pourtant il semble avoir recouvré complétement, depuis plusieurs mois déjà, sa bonne santé primitive, lorsque au mois de juin 1867 il se sent pris de malaises. L'appétit, sans disparaître, diminue d'une façon notable, les forces, habituellement entretenues par des exercices gymnastiques sagement dirigés, décroissent sans causes appréciables, enfin des alternatives de constipations et de diarrhées attirent son attention. Il lui semble aller à la selle par *regorgement*. Il a l'intention de remédier à cela par une purgation, mais, par une fâcheuse insouciance, il ne donne pas suite à ce projet.

Le 1er mai, après avoir vaqué à ses travaux et sobrement dîné, il est pris tout d'un coup, à onze heures du soir, au moment de se mettre au lit, d'un pyrosis des plus violents. Les sensations de brûlure qu'il ressent dans l'estomac remontent l'œsophage jusqu'au pharynx. Rien à l'abdomen n'attire l'attention.

La nuit se passe ainsi, sans sommeil et sans soulagement. Le lendemain, un médecin est appelé. Des alcalins sont donnés à l'intérieur; les douleurs de l'estomac se calment un peu. Mais, en même temps que le pyrosis diminue, le ventre se ballonne et devient sensible à la pression uniformément dans tous les points. Appétit nul, soif vive, quelques nausées, pas de selle.

Dans la nuit du 2 au 3, brusquement et d'emblée, une douleur violente se fait sentir dans la fosse iliaque droite. Le malade est sur le dos et ne peut plus faire aucun mouvement; la face est altérée, grippée; les muscles abdominaux sont si vigoureusement contracturés qu'ils ont la dureté du bois ; la cuisse droite est demi-fléchie sur le tronc, et ne saurait être étendue sans d'intolérables souffrances; la douleur s'irradie jusqu'au rebord des fausses côtes, et s'étend jusque dans les lombes, qui sont comme contusionnées, et qui rendent ainsi la station horizontale, la seule possible, extrêmement fatigante. La douleur d'estomac n'existe plus, ou du moins a notablement diminué. De violentes nausées reviennent toutes les vingt ou trente minutes. Il n'y a pas de vomissements. La peau est sèche, le pouls fréquent et petit ; pas de céphalalgie. La palpation du ventre est impossible à cause de la contraction des muscles de l'abdomen. La constipation est opiniâtre.

Quelques lavements laudanisés sont donnés. Ils ra-

mènent quelques matières diluées. Le matin, le médecin fait sur le ventre des applications de chloroforme, qui soulagent un peu le malade, puis il ordonne de fréquentes frictions avec de l'onguent mercuriel belladoné. L'estomac ne peut supporter, comme boisson, que de l'eau frappée.

Cet état dure ainsi une huitaine de jours, sans amélioration sensible, comme aussi sans aggravation. Des bains sont donnés chaque jour, et soulagent un peu les douleurs abdominales. Pendant ce temps-là, le malade, qui ne peut supporter aucun aliment, maigrit avec rapidité. Le ventre est ballonné et les gaz ne peuvent s'échapper, malgré les lavements qui entraînent toujours quelques matières.

Le 10 on se décide, pour faire évacuer ces gaz, à donner dix grammes d'huile de ricin. Au bout d'une heure à peine l'effet commence à se produire et en quelques selles un vase de nuit est entièrement rempli de matières fétides, noirâtres, au milieu desquelles nagent des noyaux de fèces durcies, du volume d'une noisette. Soulagement immédiat et considérable, la nuit est bonne. La contracture des muscles abdominaux persiste, surtout à droite, et s'oppose toujours à l'exploration des parties sous-jacentes.

Le lendemain, nouvelle purgation avec dix grammes d'huile de ricin. Vase de nuit de nouveau rempli par des matières analogues à celles de la veille. L'état général s'améliore, les douleurs de ventre persistent.

Le ventre est couvert d'une épaisse couche de collodion élastique qui procure au malade un grand soulagement. L'estomac peut alors supporter quelques aliments liquides; les selles deviennent alors plus fréquentes, diarrhéiques, et sont accompagnées de coliques. Elles dénotent évidemment une inflammation intestinale.

Chaque jour l'état devient meilleur. Des lavements huileux empêchent les matières de séjourner dans l'intestin. La contracture des muscles persiste seule plus longtemps, et le malade peut se lever pour la première fois le 25, mais entièrement courbé sur le côté droit et dans l'impossibilité de se redresser.

Seulement à cette époque, la tension musculaire cède sous le doigt explorateur, et l'on peut alors facilement percevoir, dans la fosse iliaque droite, le cœcum fortement induré et donnant la sensation d'un cylindre dur et mobile. Tout autour on ne sent aucune tumeur, aucun empâtement; le contact seul du cœcum est douloureux.

Des frictions iodurées sont faites sur le côté malade et, vers le 20 du mois seulement, la contracture musculaire et l'induration commencent a céder.

Remarques. — Cette observation offre le type de la typhlite que les Allemands ont appelée *stercorale*. Le cœcum, affaibli par une affection antérieure, manque d'énergie suffisante pour la progression des matières

fécales. Celles-ci s'accumulent, le distendent et finissent par enflammer la muqueuse. Nous ne pensons pas que l'inflammation se soit propagée bien profondément; en tout cas elle n'a pas dépassé les parois intestinales, puisque, à aucun moment de la maladie, il n'y a eu de tendance à la périty phlite; le cœcum a toujours été bien limité. Il est probable que les ulcères que nous avons décrits dans l'anatomie pathologique de la typhlite, se sont développés sur la muqueuse, et que leur lente évolution a été la cause de la durée de la maladie et de l'affaiblissement du malade.

Observation II. — M. B..., étudiant en médecine, a toujours joui d'une bonne santé. Au mois de juin 1866, il est atteint, pendant une huitaine de jours, d'une constipation opiniâtre avec des alternatives de selles diarrhéiques peu abondantes. Enfin, une nuit, il est réveillé par de violentes douleurs à l'estomac qui lui donnent la sensation d'un tenaillement de cet organe. Il attribue d'abord ce malaise à une indigestion, quoique, les jours précédents, il n'eût fait aucun écart. Mais, au bout de deux heures, les symptômes s'accroissent; des nausées et des vomissements surviennent, et une violente douleur autour de l'ombilic le décide enfin à faire appeler un médecin. Celui-ci ordonne un vomitif qui provoque de nouveaux vomissements bilieux et alimentaires.

La douleur abandonne alors la région épigastrique pour descendre vers les parties inférieures de l'abdomen et vient enfin se localiser, violente et bien limitée, dans la fosse iliaque droite. La fièvre est nulle, le ventre ballonné, la face grippée. Il n'y a point de selles. Un purgatif est alors ordonné. Les selles provoquées sont dures, formées par des matières agglutinées et représentent parfaitement les fragments d'un cylindre que l'on aurait concassé.

Le lendemain, les douleurs sont moins vives. On donne du calomel à doses fractionnées. La prostration est considérable. Les muscles abdominaux du côté droit ne peuvent se contracter sans provoquer de vives souffrances. Le malade ne peut se coucher sur le côté droit.

A la palpation, qui est très-douloureuse, on sent, dans la fosse iliaque droite, remontant jusqu'au rebord des fausses côtes, un cylindre dur, roulant un peu sous le doigt et qui ne peut être que le cœcum fortement induré. Autour de ce cylindre on ne peut trouver aucun engorgement. Des cataplasmes laudanisés sont entretenus sur le ventre.

Peu à peu, très-lentement, les douleurs diminuent; l'estomac reprend ses fonctions; le cœcum devient moins douloureux, moins dur et beaucoup plus mobile; enfin, une convalescence longue, avec amaigrissement considérable, amène, au bout de six semaines, le malade à la guérison.

Remarques. — Comme dans la première observation, nous avons encore là une typhlite sans périty-phlite. Ces faits sont d'autant plus intéressants à noter que la plupart des auteurs croient très-rares les typhlites ainsi isolées. Nous pensons, au contraire, qu'elles sont très-fréquentes, mais qu'il arrive bien souvent qu'elles passent méconnues.

Observation III. — Lesin (Alfred), jeune soldat au 8e hussards, entre à l'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, le 10 novembre 1867, dans le service de M. le docteur Ledru. D'une bonne constitution, il n'a pas eu de maladie grave. Il souffre, depuis la veille, d'une douleur abdominale qui l'empêche de faire le moindre mouvement, il a eu plusieurs vomissements.

A la visite il pousse des cris aigus, la face est grippée, le pouls petit et fréquent, quelques frissons. Il se plaint d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. A la palpation, on sent dans cette région un empâtement très-marqué, mais que la tension des muscles abdominaux empêche de bien délimiter. Il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. Dix sangsues sur le point douloureux. Bains de siége. Lavement purgatif. Calomel, 60 centigrammes en six paquets, d'heure en heure. Les douleurs persistent jusqu'au soir. La nuit est plus calme.

Le 11, la douleur est encore vive à la pression. Il est survenu deux selles. La médication de la veille est continuée.

Le 12, le malade a une recrudescence dans ses douleurs, puis se calme de nouveau.

Le 13, mieux sensible. Le *facies* est bon. La contraction des muscles abdominaux a diminué. On sent parfaitement, à la palpation, un cylindre dur de la grosseur de trois doigts, s'étendant de la fosse iliaque droite au rebord des fausses côtes. Tous les autres points du ventre ont leur souplesse normale. La douleur est beaucoup moins vive; il y a eu trois selles pendant la nuit précédente. Bains de siége, cataplasmes, huile de ricin, 30 grammes.

L'huile de ricin produit trois selles, le ventre devient de moins en moins douloureux; l'engorgement du cœcum, quoique encore très-marqué, diminue sensiblement. Frictions d'onguent mercuriel belladoné.

Le mieux se continue chaque jour et, vers le 19, le cœcum, encore induré, est presque indolent.

Le 6 décembre, le malade présente quelques symptômes d'entérite dont les lavements laudanisés ont promptement raison, et enfin le malade est en pleine convalescence le 13 décembre.

Remarques. — Cette observation a, avec la première, une grande ressemblance. Nous y voyons encore une typhlite, bien manifeste, présenter des acci-

dents relativement sérieux, sans la moindre tendance de l'inflammation à se propager au tissu cellulaire péricœcal. Pourtant le cœcum était entièrement pris et son induration a longtemps persisté.

Observation IV. — Le 28 mai 1867, après un repas exagéré, le nommé L..., pâtissier, âgé de vingt ans, de constitution lymphatique et délicate, mais n'ayant cependant jamais été malade, éprouva dans la région iliaque droite des tranchées tellement vives qu'il se roulait sur son lit. Bientôt après survinrent de la diarrhée, des nausées et des vomissements. Le soir, état fébrile suivi de sueurs abondantes pendant la nuit. Une potion calmante diminue la douleur abdominale, et bien que souffrant encore, ce jeune homme reprend ses occupations. Mais, les jours suivants, son malaise continue, les coliques et la diarrhée persistent, et le troisième jour, après un frisson, les accidents précédemment décrits, prennent une intensité si considérable que le malade est apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Grisolle.

A la visite, faite par M. Fournier, professeur suppléant, la face est pâle, le pouls modéré. Le malade se plaint de coliques incessantes et accuse de la diarrhée. Anorexie, soif vive, langue saburrale. L'abdomen est développé et tendu, principalement dans la

égion iliaque droite, qui paraît comme soulevée. Par palpation, on a une sensation de résistance dans ute l'étendue que limite le cœcum. Son mat à la per-ussion.

Des lavements, des cataplasmes, des onctions bel-adonées sur le ventre, amènent peu à peu la résolu-on de tous ces symptômes, et le malade sort guéri 12 juin suivant.

Remarques. — Nous avons ici une typhlite dans sa orme la plus bénigne, et nous ne pensons pas que le alade ait jamais offert aucun des signes de la péri-phlite que l'on a pourtant longtemps soupçonnée.

Observation V. — Le 27 mai 1867, entre à la itié une femme nommée Désirée Morel, domesti-ue, âgée de trente-cinq ans. Elle est placée au n° 12 e la salle Saint-Charles. La santé a toujours été onne, sauf quelques troubles du côté de la mens-uation et une crise d'hystérie qui depuis longtemps e se sont pas renouvelés.

Le 25 mai, au milieu de son travail, cette femme t prise tout à coup de frissons qui revinrent tout le ur à intervalles irréguliers, et de douleurs d'esto-ac. Une demi-heure environ après le premier fris-n éclatait une douleur vive dans la fosse iliaque

droite, douleur s'exaspérant par la pression et les mouvements, surtout les mouvements de flexion du tronc sur la cuisse.

Le 26 au matin, après une nuit assez calme, survinrent une recrudescence dans la douleur, des nausées, et enfin des vomissements de matières gluantes et verdâtres. — L'appétit avait disparu. — Depuis le 24 il n'y avait pas eu de selles. — Le soir, la douleur s'irradia vers la partie supérieure droite de l'abdomen, dans les lombes et vers la partie supérieure de la cuisse droite. — Le ventre se ballonna dans toute son étendue, principalement vers la fosse iliaque droite. — La nuit fut sans sommeil, et le matin, des frissons, de la fièvre, de la céphalalgie, et surtout de violentes douleurs d'estomac, accompagnées de vomissements de matières bilieuses, présentant des stries de sang, la décidèrent à entrer à l'hôpital.

Le 28, à la visite, décubitus dorsal, cuisse droite fléchie sur le bassin, altération des traits, douleur vive dans la fosse iliaque droite, fièvre modérée, état saburral, appétit nul, peu de nausées, céphalalgie.

A la palpation, ballonnement du ventre, douleur vive à la pression dans la fosse iliaque droite. On rencontre sous les doigts, au milieu de cette fosse iliaque, une tumeur de la grosseur environ d'une aveline.

Les moindres mouvements exaspèrent la douleur. La malade éprouve de fréquents besoins d'uriner,

quoiqu'il n'y ait pas la moindre rétention d'urine.

Bain simple, purgation avec 15 grammes de citrate de magnésie. — Le 28 au soir, selles copieuses, mieux sensible, douleur diminuée. — Le 29, l'appétit est revenu ; bouillons, cataplasmes sur le ventre. Enfin, le 1er juin, la malade prend facilement des aliments solides ; la guérison est presque complète.

Remarques.— Nous ne pensons pas que la malade dont on vient de lire l'observation ait eu une périty-phlite. D'après tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, il est bien rare que le phlegmon péricœcal présente des proportions aussi minimes, et surtout qu'il soit aussi bien limité dans les cas où, comme celui-ci, il n'y a point eu de perforation. — Nous croyons bien plutôt que la petite tumeur était due à une boulette stercorale qui, ayant poussé la muqueuse à travers une éraillure de la tunique musculaire, avait fait hernie et occasionné une typhlite. Ce fait est assez fréquent, et nous en avons dit quelques mots en décrivant l'anatomie du cœcum et de son appendice.

Observation VI. — Le 25 mai 1867, entre à la Pitié, dans la salle Saint-Paul, au n° 47, le nommé Lagarde (Alexandre), garçon boucher, âgé de dix-huit ans.

Dès le 12 mai ce garçon vit ses forces diminuer, se sentit mal à l'aise et constata qu'il était un peu constipé. — Le 17, en se levant, il sentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite, des nausées, des frissons survinrent, le ventre se ballonna, et le 25, ne voyant pas diminuer son mal, il entra à l'hôpital.

A la visite, on constata une fièvre intense, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, pas de matité à ce niveau, pas de rétraction du testicule. La palpation rencontrait pourtant une résistance bien plus considérable que dans les autres parties du ventre. La contraction des muscles de l'abdomen à droite est considérable. La douleur s'irradie à la partie supérieure du ventre, dans les lombes et dans la cuisse. Une constipation opiniâtre persistait depuis plusieurs jours. La langue est saburrale, l'appétit complétement nul. Altération des traits, abattement, stupeur.

Le lendemain, la douleur s'est très-localisée dans la fosse iliaque. Pas de tumeur, mais empâtement manifeste. Le malade est dans la prostration. Le médecin suspend son diagnostic. 20 grammes d'huile de ricin, diète.

Le lendemain, ventre moins douloureux, moins tendu ; on peut alors sentir, au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur mal limitée, dont l'exploration est très-douloureuse. La fièvre est tombée, la physionomie moins abattue.

Le 31 mai, l'appétit est revenu. Le malade réclame

des aliments. La fosse iliaque droite est peu douloureuse. On ne sent plus la tumeur. A peine peut-on constater, au siége primitif du mal, un point un peu plus résistant.

Remarques. — Là encore, il y a eu, croyons-nous, typhlite et non périty phlite. Il y a eu arrêt de matières, congestion de la muqueuse, phlegmon de la paroi. Une purgation et la diète n'auraient jamais eu aussi rapidement raison d'un phlegmon situé hors du cœcum, tandis que, dans l'intestin, la cause congestive enlevée, la circulation et la contractilité reprennent leur jeu, et la tumeur inflammatoire se résout.

Observation VII. — Le 23 mars 1867, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Monique, n° 9, Augustine Saunoy, couturière, âgée de 45 ans.

La santé jusqu'ici a toujours été bonne. Depuis longtemps déjà, la malade avait, il est vrai, remarqué que le côté droit de son ventre devenait plus volumineux. Mais comme cela ne lui occasionnait pas de douleur, elle ne s'en préoccupa pas. Enfin, un mois à peu près avant son entrée à l'hôpital, elle est prise de violents élancements dans le côté droit, et la tumeur se développe alors avec plus de rapidité.

A la visite du 24 mars, on sent une tumeur bien limitée de la grosseur des deux poings environ, siégeant dans la région sous-hépatique. La percussion fait entendre un son mat dans toute l'étendue, on ne peut sentir de point de séparation entre la tumeur et le foie, elle semble bien évidemment en faire partie. La fluctuation est manifeste ; on ne peut percevoir de frémissement. La palpation est douloureuse. La tumeur est enflammée, il y a fièvre légère.

Après avoir fait examiner la malade par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux ou du bureau central, le médecin s'arrête à l'idée d'un kyste acéphalocyste du foie probablement en voie de suppuration. L'avis unanime est d'appliquer un point de caustique de Vienne pour déterminer des eschares et livrer passage au contenu de la tumeur.

Le lendemain et jours suivants, la tumeur augmente d'une façon considérable et se prolonge dans la partie inférieure de l'abdomen. L'empâtement se généralise. L'œdème envahit peu à peu tout le membre inférieur droit. La fièvre devient vive ; la face est grippée. Quelques vomissements surviennent. Les selles, peu abondantes, sont extrêmement rares. Mais, à la suite d'un lavement, il y a eu un écoulement abondant de matières fécales.

Tous ces symptômes s'aggravent de plus en plus, la malade meurt le 30 mars.

A l'autopsie, grand étonnement de trouver, au lieu

d'un kyste du foie, une énorme poche enkystée par des fausses membranes, et remplie de plusieurs litres de matières fécales à demi solides. — Le foie est sain, mais la tumeur fécale prend naissance tout à fait contre la face inférieure et occupe tout le côté droit de l'abdomen. Tout le cœcum est envahi, et des fausses membranes l'unissent aux parties avoisinantes. On remarque sur une de ses parois une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs, par où les matières se sont échappées dans le péritoine. Le reste de l'intestin est sain.

Remarques. — Chez cette femme, il est évident que le symptôme constipation avait été malheureusement négligé. — L'ulcération et la perforation du cœcum en ont été la fâcheuse conséquence.

Observation VIII. — Florance (Charles), jeune soldat du 100e de ligne, entre, le 24 novembre 1867, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, dans le service de M. le docteur Ledru. Il est constipé depuis quelque temps et ressent des douleurs dans le ventre, lorsque, le 13, il est pris de coliques violentes dans la fosse iliaque droite, de nausées et de vomissements.

A la visite du 24, le ventre est ballonné, très-sensi-

ble à la pression, principalement dans la région cœcale, où le moindre attouchement arrache des cris au malade. La face est rouge, vultueuse. On sent dans la fosse iliaque droite un empâtement mal limité. Les douleurs de ventre sont si vives que le malade n'ose obéir au besoin d'expectorer. — 12 sangsues, calomel, 30 centigrammes en dix paquets.

25 *novembre.* — La nuit a été assez calme, mais la douleur dans la fosse iliaque droite ne diminue pas. Il n'y a pas eu de selles. — Calomel, 60 centigrammes en 6 paquets; frictions d'onguent mercuriel belladoné.

26 *novembre.* — Il n'y a pas eu encore de selles. La douleur a disparu dans tout le ventre pour persister avec la même intensité dans le côté droit. Lavement purgatif, calomel, frictions mercurielles.

27 *novembre.* — Le lavement a produit une selle légère. La douleur persiste. Une large et épaisse couche de collodion élastique est appliquée sur le ventre.

28 *novembre.* — La douleur est un peu moins vive. Huile de ricin, 30 grammes.

— L'huile de ricin amène deux selles très-abondantes qui soulagent beaucoup le malade.

1er *décembre.* — L'amélioration est marquée. Mais il reste toujours dans la fosse iliaque droite une tumeur manifeste.

5 *décembre.* — Le malade se plaint de vives dou-

leurs dans le côté droit. La tumeur est dure, saillante, très-sensible.

13 *décembre.* — Le malade, souvent purgé, se trouve mieux. Mais la tumeur s'est de plus en plus limitée. Elle est du volume d'un œuf de dinde, très-saillante, très-douloureuse.

— A partir de ce jour, la peau commence à rougir, à devenir douloureuse. La fluctuation peut être bientôt nettement perçue.

24 *décembre.* — Un coup de bistouri dans la tumeur donne issue à un pus fétide mais bien lié, quoique mêlé de quelques grosses bulles de gaz.

26 *décembre.* — Le pus, moins fétide, coule toujours. Le malade dort et ne souffre plus.

29 *décembre.* — La petite plaie s'étant bouchée, la tumeur s'est reformée et la douleur est revenue. On rétablit l'ouverture, le malade est aussitôt soulagé et les jours suivants le pus diminue d'abondance en devenant séreux.

6 *janvier* 1868. — Il ne s'écoule presque plus de liquide de l'ouverture de l'abcès. Encore un peu d'engorgement dans la fosse iliaque. La santé du malade est revenue. Dans quelques jours la guérison sera complète.

Remarques. — Les bulles de gaz qui se sont échappées de la tumeur, indiquent-elles certainement

une perforation intestinale ? Si la perforation intestinale a eu lieu et que la périty phlite, ce qui est probable dans cette hypothèse, en ait été la conséquence, pourquoi le pus ne s'est-il pas vidé par l'intestin ? Nous croyons qu'il serait peut-être difficile de répondre absolument à ces questions. Si la perforation a eu lieu, elle peut s'être oblitérée avant l'ouverture de l'abcès et avoir alors résisté plus énergiquement que la paroi abdominale.

Dans tous les cas la terminaison a été heureuse et assez rapide relativement, au dire des auteurs qui accordent à l'abcès périty phlitique s'ouvrant à l'extérieur une bien plus grande gravité qu'à celui qui fuse dans l'intestin

Cette guérison facile nous porte à penser que, s'il y a eu perforation, elle s'est promptement cicatrisée. Car l'abcès, communiquant avec le cœcum et avec l'extérieur, aurait donné naissance à un anus contre nature, dont il n'eût peut-être pas été facile d'avoir raison, et qui aurait au moins entraîné d'interminables suppurations.